

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“ERA UMA VEZ...ADULTOS”: CARACTERÍSTICAS  
DAS RESPOSTAS DE UMA AMOSTRA DE PACIENTES  
INTERNADOS EM PSIQUIATRIA**

**Miguel Fernando Lagareiro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“ERA UMA VEZ...ADULTOS”: CARACTERÍSTICAS DAS  
RESPOSTAS DE UMA AMOSTRA DE PACIENTES  
INTERNADOS EM PSIQUIATRIA**

**Miguel Fernando Lagareiro**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves e co-orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Pereira da Fonseca Pestana Gonçalves  
Fagulha**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2015**

*"Não existe qualquer período de desenvolvimento quando o humano existe fora do reino das relações interpessoais"*

Harry Stack Sullivan

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves, pela orientação, disponibilidade, apoio e conhecimento transmitido.

À Professora Doutora Teresa Fagulha, pela disponibilidade, dedicação e importantes críticas e sugestões.

À Doutora Rita Estrada, pela disponibilidade e pelo apoio prestado sempre que foi necessário.

A todos aqueles que participaram neste estudo, pela disponibilidade e generosidade, que enriqueceram esta investigação.

A toda a equipa técnica da Clínica Psiquiátrica de S. José, pela ajuda, disponibilidade e por terem permitido a recolha de dados junto dos seus utentes.

A todos os meus amigos, pela paciência, por estarem sempre ao meu lado e por todos os momentos e vivências que partilhámos juntos.

Ao grupo das “Girls” (Aninhas, Jéssica, Margarida, Mana, Twin, Coutinho), por me terem “acolhido”, por todas as risadas e brigas, pela ajuda e compreensão, e por terem tornado a minha vida universitária mais inesquecível.

Aos “maiores da minha aldeia” (Perna, Candeias, Vera, Inês, Débora, Semedo, B, Zezinho, Judas, Bebezinha, Tixa) por todo o carinho, motivação, companhia e, acima de tudo, por serem meus irmãos e terem tornado este percurso mais fácil.

À Bugsy, por todo o apoio, encorajamento, carinho, pela ajuda, paciência inesgotável e por estar sempre ao meu lado, permitindo-me enfrentar esta etapa com um sorriso no rosto.

A toda a minha família, principalmente os meus pais, pelo amor, pela ajuda, dedicação e sacrifícios, por me terem proporcionado esta jornada e pelos valores que me transmitiram, que me tornaram na pessoa que sou hoje.

Ao meu irmão, pela ajuda, proteção, apoio, força, por ter acreditado sempre em mim e pela pessoa que é, o meu ídolo, que sempre procurei e continuarei a seguir.

À minha tia Bia, um especial obrigado do teu Russito...descansa em paz.

A todos, o meu Muito Obrigado!

## Resumo

A presente investigação tem como objetivo principal contribuir para a validação de uma nova prova projetiva de completamento de histórias, “Era uma vez...Adultos” (Estrada, 2014), com a aplicação a uma amostra clínica. Apresenta outros objetivos específicos: (1) verificar se existem diferenças nas categorias escolhidas em todos os cartões da prova, entre a amostra clínica e a amostra da população geral, recolhida por Estrada (2014); (2) caracterizar o perfil de respostas da amostra clínica na resposta à prova. Intervieram no estudo 25 participantes, de ambos os sexos (24 mulheres e 1 homem), com idades compreendidas entre os 34 e 68 anos ( $M = 51.44$ ,  $DP = 10.49$ ), que se encontravam internados numa clínica psiquiátrica em Lisboa com diagnósticos na esfera da Depressão e da Psicose. Foi aplicado um *Questionário Sócio-Demográfico*, construído especificamente para esta investigação; a presença de sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)*, (Baptista, 1993) e da versão portuguesa da *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)* (Gonçalves & Fagulha, 2003); finalmente, aplicou-se a “Era uma vez...Adultos”, criada por Estrada (2014). Os resultados revelaram que (a) existem diferenças significativas no primeiro momento de resposta da prova (a escolha das cenas e a sua organização numa sequência) entre as duas amostras, (b) as diferenças são transversais a todos os cartões da prova, à exceção de dois cartões e (c) as categorias que comportam emoções negativas foram mais escolhidas pela amostra clínica, comparativamente à amostra da população geral. Os resultados são discutidos à luz da conceptualização da prova e da literatura existente relativa à psicopatologia das representações relacionais.

**Palavras-chave:** “Era uma vez...Adultos”, Técnicas projetivas, Representações relacionais, Depressão, Psicose

## Abstract

The main objective of the present investigation is contributing to the validation of a new stories filling projective test called “Era uma vez...Adultos” (Estrada, 2014), applied to a clinical sample. It presents others specific objectives: (1) verifying if there are differences on the chosen categories in all test cards, between the clinical sample and the general population sample, collected by Estrada (2014); (2) characterizing the profile of the clinical sample answers in response to the test. The sample included 25 participants, from both sexes (24 women and 1 man), with ages between 34 and 68 years-old ( $M = 51.44$ ,  $SD = 10.49$ ), all of them were hospitalized in a psychiatric clinic in Lisbon with diagnoses of depression and psychosis. A *Socio-Demographic Questionnaire* was applied, specifically made for this research; the presence of psychopathological symptoms was evaluated through the portuguese version of the *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)*, (Baptista, 1993) and by the *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)* (Gonçalves & Fagulha, 2003); at last, the test “Era uma vez...Adultos”, developed by Estrada (2014), was applied. The results revealed the following: (a) there are significant differences in the first moment of the test (the choice of scenes and its organization on a sequence) between the two samples, (b) the differences are cross-sectional to all cards of the test, except for two of them and (c) the negative emotions associated categories were more chosen by the clinical sample, when comparing with the general population sample. The results are discussed based on the conceptualization of the test and the existing literature on psychopathology of relational representations.

**Keywords:** “Once upon a time...Adults”, Projective techniques, Relational representations, Depression, Psychosis.

## Índice

Introdução .....	1
Enquadramento teórico .....	5
1. O <i>Self</i> e os Outros na vida dos adultos.....	5
1.1. O <i>Self</i> .....	5
1.2. Os outros .....	6
2. Donald Winnicott.....	7
3. Teoria da Vinculação .....	9
4. Modelo conflito-relacional .....	11
4.1. Sexualidade na teoria conflito-relacional. ....	11
5. Sidney Blatt.....	12
6. Erik Erikson .....	13
6.1. Estádios da teoria do desenvolvimento da personalidade .....	14
7. Psicopatologia.....	16
7.1. Depressão.....	16
7.2. Psicose .....	18
8. Técnicas projetivas .....	20
9. “Era uma vez... Adultos” .....	21
9.1. Histórias na “Era uma vez... Adultos” .....	22
9.2. Categorias .....	23
9.2.1. Definição das oito categorias. ....	24
Metodologia.....	26
1. Participantes.....	26
1.1. Critérios de seleção.....	26
1.2. Caracterização .....	26
2. Instrumentos.....	28
2.1. Questionário sociodemográfico .....	28
2.2. Avaliação da presença de sintomatologia psicopatológica.....	28
2.2.1. Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), Versão Portuguesa .....	28
2.2.2. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), Versão Portuguesa .....	29
2.3. “Era uma vez... Adultos” .....	31
3. Procedimento .....	33
3.1. Recolha de dados .....	33

3.2. Análise estatística .....	34
Resultados .....	35
1. Cartão I Trabalho .....	35
2. Cartão III Sexualidade .....	36
3. Cartão V Filhos .....	37
4. Cartão VI Morte.....	37
5. Cartão VII Casamento .....	38
Discussão dos resultados.....	40
Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas .....	47
Anexos .....	55



## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=25).....	27
<b>Quadro 2</b> - Frequência (em %) das categorias escolhidas na terceira posição no Cartão I pelas duas amostras.....	35
<b>Quadro 3</b> - Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira e na terceira posição no Cartão III pelas duas amostras.....	36
<b>Quadro 4</b> - Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira posição no Cartão V pelas duas amostras.....	37
<b>Quadro 5</b> - Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira posição no Cartão VI pelas duas amostras.....	38
<b>Quadro 6</b> - Frequência (em %) das categorias escolhidas na segunda e na terceira posição no Cartão VII pelas duas amostras.....	39

## Índice de Anexos

<b>Anexo A</b> - Questionário Sociodemográfico.....	viii
<b>Anexo B</b> - Carta de pedido de autorização para investigação.....	xi
<b>Anexo C</b> - Consentimento Informado .....	xiii
<b>Anexo D</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão I pelas duas amostras.....	xiv
<b>Anexo E</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão II pelas duas amostras.....	xv
<b>Anexo F</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão III pelas duas amostras .....	xvi
<b>Anexo G</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão IV pelas duas amostras.....	xvii
<b>Anexo H</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão V pelas duas amostras.....	xviii
<b>Anexo I</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão VI pelas duas amostras.....	xix
<b>Anexo J</b> - Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão VII pelas duas amostras.....	xx

## **Introdução**

O presente estudo procurou dar continuação ao estudo de validação de uma prova de avaliação psicológica, uma prova projetiva de completamento de histórias para a idade adulta, denominada “Era uma vez... Adultos” (Estrada, 2014), com uma amostra que apresenta perturbação psicopatológica (depressão ou psicose). Esta prova corresponde a uma versão para adultos de uma prova já existente: a “Era uma vez...”, para crianças (Fagulha, 1992), cujos aspetos fundamentais da sua estrutura e funcionamento da situação projetiva foram mantidos nesta prova para adultos (Estrada, 2014).

A avaliação psicológica trata-se de um processo que procura recolher informações para a tomada de decisão a respeito de uma pessoa ou de um grupo. Este processo resulta de três aspetos: a medida, o instrumento e o processo de avaliação (Fernández-Ballesteros, 2004). Cada um destes aspetos, por sua vez, é baseado numa fundamentação teórica e metodológica própria que permite a compreensão do fenómeno psicológico ou objeto de investigação. Atualmente, segundo Weiner, Graham e Naglieri (2003), é possível afirmar que as técnicas de avaliação psicológica constituem uma ferramenta frequente e muito importante na prática do psicólogo. Inclusive, os instrumentos projetivos são amplamente utilizados em processos de avaliação clínica, além de se terem expandido para outras áreas (Weiner et al., 2003). Deste modo, sem dúvida que é essencial que tais instrumentos psicológicos apresentem determinadas características que justifiquem a confiança que é depositada nos resultados produzidos pelos mesmos.

As técnicas projetivas são derivadas da psicanálise, a qual concebeu que os humanos possuem um processo mental tanto consciente, como inconsciente (Chabert, 1998/2004). Os instrumentos de medidas projetivas e objetivas fornecem informações em níveis diferentes. Mesmo designados a medir construtos paralelos, os dois tipos de instrumentos apreendem aspetos distintos de um mesmo estado motivacional, traço ou necessidade (McClelland, Koestner, & Weinberg, citado por Bornstein, 2002). Assim, enquanto os aspetos do processamento mental consciente são melhor avaliados através de medidas diretas, os aspetos do processamento mental inconsciente são melhor avaliados através de medidas projetivas (Masling, 1997), nas quais se inclui a “Era uma vez...Adultos”. Estas últimas procuram revelar a dinâmica da personalidade inconsciente do sujeito que é projetada sobre os estímulos. Como estes são ambíguos, as respostas são determinadas, em parte, pelo que a pessoa traz para a situação, ou seja, sentimentos, motivações pessoais, conflitos, estados

emocionais e experiências de vida anteriores - aspetos pessoais e idiossincráticos (Chabert, 1998/2004). Pressupõe-se que estas técnicas podem revelar níveis ocultos da consciência do indivíduo, que dificilmente são captados por medidas diretas. Isto ocorre por diversas razões: o conhecimento que as pessoas têm de si próprias pode ser limitado e/ou estar distorcido devido à motivação, consciente e inconsciente, para manter fora da consciência certos pensamentos e sentimentos (Wilson & Dunn, 2004); as pessoas só revelam aspetos delas mesmas sobre os quais têm consciência e só respondem aquilo que querem responder (Weiner et al., 2003). Além disso, as respostas dos sujeitos às medidas diretas podem seguir a tendência da desejabilidade social (Weiner et al.).

Como ponto de partida do estudo realizado por Estrada (2014), considerou-se que, estudar a vida dos adultos envolve necessariamente conhecer as suas representações relacionais do *self* e dos outros. A noção de representação ou esquema relacional utilizada neste trabalho é comum ao estudo apontado, ou seja, às teorias psicodinâmicas, do desenvolvimento e da vinculação, a que se fará referência ao longo deste trabalho. A proposta desta investigação foi, então, contribuir para o estudo desta faixa etária, através da aplicação da prova “Era uma vez... Adultos” a uma amostra clínica. Assim, procurou-se perceber se, e como, esta situação projetiva funciona com este tipo de população ao nível de dois aspetos. Por um lado, pretendeu-se entender melhor, no âmbito psicopatológico, o que os adultos com perturbação psicopatológica sentem, pensam, fazem consigo próprios e com os outros em contextos próprios da vida adulta, como por exemplo, o trabalho, a morte, o casamento. Por outras palavras, procurou-se avaliar a forma como os sujeitos se intrarrelacionam e interrelacionam, isto é, como se relacionam com o *self* e com os outros, sendo este o objetivo da prova (Estrada, 2014). Por outro lado, para além do desempenho, pretendeu-se averiguar a reação deste tipo de participantes face à prova, nomeadamente se se mostram receptivos e interessados nas tarefas que a situação projetiva lhes solicitou.

É importante constatar também que muitos tipos de perturbações psicológicas definem-se, em parte, por características da personalidade que podem ser apreendidas nas variáveis das técnicas projetivas, como o Rorschach, e que algumas dessas características podem estar presentes em vários distúrbios sintomáticos (Weiner, 2002). No âmbito clínico, o Rorschach centra-se na descrição de características da personalidade que podem também estar associadas a vários padrões psicopatológicos, sem o propósito de fornecer uma medida direta e específica dessas condições (Weiner, 2002). Outras técnicas projetivas, como as gráficas ou as temáticas, revelam também aspetos da personalidade que se associam a certas patologias, mas acima de tudo, revelam características do funcionamento psíquico elucidadas

nas teorias psicodinâmicas. Assim sendo, trata-se de um foco diferente do raciocínio lógico-sintomático descrito nos manuais internacionais de classificação das doenças (Weiner & Greene, 2008). Do mesmo modo, com a aplicação da “Era uma vez...Adultos” a uma amostra clínica não se pretende contribuir para este raciocínio, mas sim avaliar configurações relacionais, à semelhança, por exemplo, do Rorschach e do *Thematic Apperception Test* (TAT). No entanto, a prova projetiva aqui estudada funciona de uma forma muito diferente, sendo essa originalidade mais uma razão que justificou a sua criação (Estrada, 2014).

Além disso, o interesse reside também no facto da “Era uma vez...Adultos” ser uma prova de completamento de histórias e estas revelarem explicações pessoais sobre a forma como as pessoas representam e compreendem o mundo interno e externo (Cramer, 1996). Assim, os resultados obtidos na avaliação de dimensões relacionais através da utilização de técnicas projetivas, fornecem novas informações a esta área (Estrada, 2014). Por outro lado, o interesse em construir uma versão para adultos, justificado também pelas especificidades e potencialidades da “Era uma vez...” (Fagulha, 1992), associa-se à necessidade de serem construídos novos instrumentos de avaliação (Estrada, 2014). Procura-se, assim, dar um contributo e enriquecer o campo da avaliação com a validação desta prova, sendo o panorama português pobre nesta área (Simões, Almeida, Machado, & Gonçalves, 2007, citado por Estrada, 2014). Outro aspeto importante associado à pertinência do presente estudo diz respeito ao facto de não existirem estudos publicados desta prova com uma amostra clínica.

Deste modo, o presente trabalho inicia-se com uma referência às perspetivas teóricas que subjazem à criação da “Era uma vez...Adultos”. Nos primeiros dois pontos, apresentam-se algumas ideias sobre o *self* e sobre a centralidade dos outros nas nossas vidas. Nos pontos seguintes referentes aos prismas teóricos, inicia-se com o de Donald Winnicott, sobre o qual se alicerça o funcionamento particular da “Era uma vez...Adultos”. Seguidamente, a teoria da vinculação, o modelo conflito-relacional de Stephen Mitchell e a perspetiva de Sidney Blatt, que fazem parte do quadro conceptual da prova. O último prisma teórico apresentado é o de Erik Erikson, em cujos estádios da vida adulta se fundamentou a criação das categorias da prova. Continuamente, são apresentadas ainda, referências no domínio da Psicopatologia, nomeadamente a Depressão e a Psicose, e das Técnicas Projetivas, especificamente a “Era uma vez...Adultos”. No ponto seguinte são apresentados os objetivos e hipóteses propostos para o presente estudo. Sucede-se a apresentação da metodologia, pretendendo salientar a amostra, os instrumentos utilizados, assim como o procedimento geral e estatístico. O capítulo seguinte incide na exposição dos resultados obtidos e na discussão dos mesmos. Por

fim, no último ponto, apresentam-se as conclusões do trabalho, mencionando as suas limitações e sugestões para futuras investigações.

## Enquadramento teórico

### 1. O *Self* e os Outros na vida dos adultos

#### 1.1. O *Self*

O *self* é, geralmente, reconhecido com essência, mas falta um consenso acerca dessa mesma, como é expresso por Winnicott (1970/1994, p. 210): “Fico a pensar se poderia escrever algo a respeito desta palavra, mas naturalmente, assim que me ponho a fazê-lo, descubro que há muita incerteza, mesmo na minha própria mente”. Inicialmente, este termo foi designado por vários psicanalistas ingleses, entre eles o autor já referido, para designar o indivíduo enquanto lugar de atividade psíquica, ou seja, o *self* seria o produto de processos dinâmicos que asseguram a unidade e a totalidade do sujeito (Macedo & Silveira, 2012).

Para alguns psicanalistas norte-americanos, o *self* está associado ao objeto do investimento narcísico. Assim, a representação do *self* seria uma construção do *ego* (Macedo & Silveira, 2012). De facto, *self* e *ego* são coisas diferentes, sendo o *ego* considerado uma das três instâncias do aparelho mental, isto é, uma das subestruturas da personalidade. Perante isto, muitos dos analistas preferem referir-se à ideia de "representação de si", em vez de, simplesmente falar num "si" autónomo (Macedo & Silveira, 2012).

Kohut (1971/1988), que esteve na origem da Escola de Psicanálise do *Self*, baseou-se no tratamento psicanalítico das personalidades narcísicas e dos estados-limite para definir este conceito como um conteúdo do aparelho mental. O *self* é expresso, então, como um conjunto de representações investidas num modo narcísico.

Dito isto, numa visão geral, entende-se por *self* aquilo que define a pessoa na sua individualidade e subjetividade, ou seja, a sua essência. Essência que, a partir das interações com outros significativos se vai estruturando (Estrada, 2014). Contudo, é importante destacar a necessária diferenciação entre eu e não-eu, no sentido de um bom funcionamento psicológico, tal como apontado por Fleming (2005). Neste sentido, a via para a intersubjetividade passa, exatamente, por esta diferenciação: admitir o outro como sujeito, separado do *self* e distinto da representação internalizada que temos dele (objecto interno)<sup>1</sup> (Benjamin, 2008, citado por Estrada, 2014).

---

<sup>1</sup> O conceito de objecto interno será aprofundado, posteriormente, neste capítulo.

## 1.2. Os outros

Como é destacado por Lambert (1993, citado por Gelso & Hayes, 1998), os seres humanos são animais sociais, vivem através de várias inter-relações, o que significa que formam e são formados por interações com outras pessoas. Estabelecer relações corresponde então, a uma motivação básica na espécie humana (Baumeister & Leary, 1995). É no mundo da relação com os outros, do estar-com e da intersubjetividade, onde aprendemos a conhecer-nos e a conhecer os outros. Mundo que envolve algumas das emoções mais intensas da nossa existência, havendo mesmo algumas emoções que são características das relações (amor, ciúme). Considerando Teixeira (2006), é no seio das relações que apreendemos os significados que os outros têm para nós, quer sejam familiares, amigos ou colegas de trabalho, significados que estão sujeitos às modalidades da nossa relação com eles.

Além da necessidade e motivação para estabelecer relações e da sua centralidade na nossa vida, as matrizes relacionais definidas ao longo da vida têm sido entendidas como um importante fator no desenvolvimento cognitivo e no desenvolvimento socioemocional dos indivíduos (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Assim sendo, as relações com os outros têm um grande impacto na vida das pessoas, sendo mesmo essenciais para a sobrevivência, como no período da infância. De acordo com uma analogia feita por Kohut (1971/1988), assim como a fisiologia do aparelho respiratório de um bebé necessita de uma atmosfera que contenha oxigénio para sobreviver, o *self* do bebé precisa de um meio ambiente que responda empaticamente às suas necessidades psicológicas para sobreviver.

Outro aspeto essencial das relações é ainda permitir lidar com a sensação de isolamento derivada da consciência autónoma de si mesmo, separada do mundo e da natureza, através da partilha com outros da natureza e experiência humanas (Vohs & Finkel, 2006). A necessidade de partilha de experiências está também relacionada, sobretudo se tiverem impacto emocional (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech, & Philippot, 1998, citado por Nyklíček, Vingerhoets, & Zeelenberg, 2011). De acordo com o paradigma *basic writing* de Pennebaker (1997), quando os indivíduos transformam em palavras os seus pensamentos e sentimentos sobre experiências perturbadoras, a sua saúde física e mental tende a melhorar significativamente. No entanto, no que toca ao efeito imediato, escrever sobre experiências traumáticas tende a fazer com que as pessoas se sintam mais infelizes e angustiadas. Por outro lado, a longo prazo, os indivíduos tendem a expressar-se como “mais felizes”, evidenciando um claro benefício com importantes mudanças cognitivas e emocionais.

A importância dos significados emocionais das relações tem poderosas implicações para os seres humanos em termos de adaptação e saúde. Estão quase sempre presentes na psicopatologia e são um dos principais determinantes da felicidade e satisfação com a vida (Duck, 1988). A sua relevância é também observada no contexto psicoterapêutico, como observado por Gelso e Hayes (1998). A qualidade das relações que as pessoas estabelecem condicionam, direta e indiretamente, muito do que estas vêm a sentir e a ser ao longo da sua vida. As consequências da qualidade destas relações têm sido bastante investigadas e são, muitas vezes, problemas nesta área que levam as pessoas a uma consulta de psicoterapia. Por outro lado, a relação estabelecida entre o terapeuta e o seu cliente é essencial, na medida em que tem um efeito significativo no processo e no resultado do tratamento (Vasco, Santos & Fernando, 2003). A estimativa do contributo da variável relação terapêutica para o resultado da intervenção psicoterapêutica é cerca de 30%, sendo um dos fatores com maior influência na mudança dos pacientes (Asay & Lambert, 1999; Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001, citado por Vasco et al., 2003). Tal significa que, se as relações no ambiente natural contribuíram para criar vidas atribuladas, então são necessárias novas relações para normalizarem estas mesmas vidas. Deste modo, a relação que o paciente desenvolve com o terapeuta pode promover o seu desenvolvimento adaptativo, ainda que o padrão de relações interpessoais possa ter sido bem-sucedido ou mal-sucedido (Lambert, 1983, citado por Gelso & Hayes, 1998).

## **2. Donald Winnicott**

Segundo Winnicott (1958/2007), a constituição de um “eu”, de uma realidade intrapsíquica e da relação com o outro surge necessariamente da relação mãe-bebé. A mudança do não ser para o ser no bebé depende do ambiente facilitador inicial. Para este autor, a mãe suficientemente boa reconhece a dependência do bebé, devido à sua identificação com ele, respondendo às suas necessidades. Como tal, a mãe suficientemente boa possibilitará ao bebé a ilusão de que ele cria aquilo que ele encontra, caracterizando a fase de onipotência (Winnicott, 1958/2007).

É neste contexto que surge a internalização de bons objetos, permitida a partir da experiência relacional inicial com esta “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1958/2007). Esta noção de objeto engloba uma relação com o *self* e com o outro, sendo os objetos externos as pessoas da nossa realidade (Estrada, 2014) e os objetos internos as representações psíquicas dessas pessoas que influenciam os aspectos internos do indivíduo, bem como as



suas reações comportamentais externas (Greenberg & Mitchell, 2003). Como é assinalado por Estrada (2014), é importante esclarecer que não há uma correspondência exata entre um objeto internalizado e a pessoa real com quem estabelecemos uma relação, podendo mesmo haver uma grande discrepância entre a dita pessoa e o objeto interno.

Voltando ao processo da ilusão de onipotência, Winnicott (1958/2007) defende que a este processo segue-se a desilusão. Quando a mãe cria um afastamento entre ela e o bebê, mostra aquilo que ele não é (desiludindo o bebê) e possibilita a constituição de uma área intermédia da experiência, a “transicionalidade”. Esta área situa-se entre a incapacidade do bebê em reconhecer a realidade e a sua crescente capacidade em reconhecê-la e aceitá-la, área na qual a relação começa a ocorrer com um objeto transicional. Seguindo a linha deste autor, a tarefa de aceitação da realidade nunca se completa, não sendo a criação de um espaço transicional apenas uma necessidade das crianças. Por outras palavras, os seres humanos estão permanentemente envolvidos na tarefa de relacionar a realidade externa e interna. Assim, o alívio desta tensão dá-se numa área intermediária da experiência, que na criança ocorre no brincar e que no adulto se encontra, por exemplo, nas artes e na religião (Winnicott, 1958/2007).

Desta oposição ilusão vs. desilusão, surgem então, os conceitos de espaço transicional e de brincar, que estão subjacentes à estrutura e funcionamento da “Era uma vez... Adultos” (Estrada, 2014). De facto, pretende-se que esta prova seja um convite a criar um espaço transicional, “que não é a realidade nem é uma criação estrita do sujeito, mas antes uma área situada entre a realidade e a fantasia, que conduzirá e permitirá a elaboração das emoções suscitadas naquele aqui e agora da aplicação da prova” (Estrada, 2014, p. 95).

Outra ideia de Winnicott, subjacente à “Era uma vez... Adultos”, diz respeito ao próximo momento do desenvolvimento: poder ficar só na presença de alguém, baseado na confiança, isto é, a capacidade para estar sozinho (Winnicott, 1958/2007). Tendo em conta a prova “Era uma vez... Adultos”, “por detrás da criação de quatro das categorias desta prova – as quatro categorias que dizem respeito à relação de cada um consigo próprio -, encontra-se esta capacidade ou incapacidade de estar sozinho” (Estrada, 2014, p. 95).

Como ainda sugere Winnicott (1958/2007), “a capacidade de estar só” é um dos sinais mais importantes da maturidade do desenvolvimento emocional, garantida quando o mundo interior é habitado por bons objetos internos. Uma experiência básica para o alicerce desta capacidade é uma relação segura entre a mãe e o bebê, em que a presença da primeira é importante para o segundo, mas uma delas, ou mesmo as duas, estão sós, sem conexão, embora ligadas. Esta dinâmica relacional advém da percepção de segurança e confiança que o

bebê tem na figura materna (mãe como suporte do *self* do bebê, ainda desorganizado). Progressivamente, a criança torna-se capaz de estar verdadeiramente sozinha, renunciando à presença da mãe ou a símbolos maternos, através da introjeção da representação da mãe. Contextualizando na idade adulta, numa relação íntima de teor amoroso-sexual, o paradoxo de estar sozinho com o outro também está presente (Winnicott, 1958/2007).

### 3. Teoria da Vinculação

Bowlby, a partir dos conhecimentos que reuniu de várias áreas, propôs que a vinculação do bebê seria um repertório de comportamentos com base genética que se desenvolveriam desde o nascimento até alguns meses de idade e se focariam num cuidador principal, geralmente a mãe (Ainsworth & Bowlby, 1991). Além disso, este autor assumiu que, apesar da importância deste repertório no início da vida, o sistema de vinculação encontra-se ativo ao longo de toda a vida, do berço até à sepultura (Bowlby, 1969/1982). Entende-se com isto, segundo Mikulincer e Shaver (2007), que o limiar de ativação do sistema é inferior na infância, já que a maioria dos adultos desenvolve capacidades de *coping* e de resolução de problemas, bem como capacidades de regulação emocional para lidar com a ativação deste sistema. É possível que esta última capacidade possa ter como base representações mentais da figura de vinculação. Por sua vez, estas representações proporcionam um sentimento de segurança e possibilitam ao adulto lidar com as ameaças de forma eficaz, levando à desativação do sistema de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007).

A organização do sistema de vinculação envolve componentes cognitivos e afetivos, nomeadamente representações de figuras de vinculação, do *self*, e do ambiente, que são, largamente, baseadas em experiências e que permitem antecipar e planear os eventos (Bowlby, 1969/1982). Tais componentes constituem os “modelos internos dinâmicos”, que ao longo do tempo, com o desenvolvimento cognitivo da criança, tornam-se mais complexos e diferenciados, possibilitando a sua interiorização (Klohn & John, 1998).

As representações mentais de figuras de vinculação têm, entre outras, como função, constituírem fontes de protecção, apoio e encorajamento, ajudando a pessoa a ficar tranquila na ausência física dessas figuras (Mikulincer & Shaver, 2007; Mikulincer & Shaver, 2009). Os resultados de uma série de estudos, conduzidos por Mikulincer, Gillath e Shaver (2002, citado por Mikulincer & Shaver, 2009), demonstraram que os nomes das figuras de vinculação ficavam mais disponíveis na sequência da exposição inconsciente a uma palavra ameaçadora. Tais resultados vieram sugerir que o sistema de vinculação procura

automaticamente na memória, representações de pessoas especiais que possam providenciar apoio e proteção, quando estas são necessárias (Mikulincer & Shaver, 2009).

Segundo Mikulincer e Shaver (2007), outra ideia essencial a assinalar diz respeito ao facto de as representações de interações específicas na infância se tornarem característica base da personalidade. Por sua vez, estas vão condicionar o funcionamento do sistema de vinculação na idade adulta, no contexto de novas relações e situações sociais. A este padrão de comportamentos adquiridos nas relações precoces e aplicado a novas situações relacionais, dá-se o nome de estilo de vinculação, o qual constitui um processo com efeitos a longo prazo no funcionamento da personalidade (Mikulincer & Shaver, 2007).

No domínio do estudo da vinculação, os estudos pioneiros de Hazan e Shaver (1987) tiveram o seu impacto ao concluírem que os estilos de vinculação nas relações amorosas na idade adulta são influenciados pelos estilos de vinculação da infância. Tal efeito deve-se aos modelos de funcionamento interno (do *self*, dos outros e das relações), que asseguram assim, a continuidade da vinculação no decorrer do desenvolvimento. Blatt e Homann (1992) apontam também que a teoria dos modelos internos dinâmicos de vinculação permite compreender a influência que as experiências precoces têm na idade adulta, nomeadamente na compreensão de problemas interpessoais futuros. Estes autores indicam ainda que existe uma estreita relação entre a qualidade da relação criança-figura de vinculação e a qualidade das suas representações mentais. Consequentemente, o sujeito só irá ter representações satisfatórias de si e dos outros, se a sua relação com a figura de vinculação tiver sido suficientemente estável e positiva (Blatt & Homann, 1992). Não obstante, os relacionamentos românticos nos adultos não envolvem apenas o sistema de vinculação, mas também o sistema de prestação de cuidados e, frequentemente, o sistema sexual/reprodutivo (Ainsworth & Bowlby, 1991; Hazan & Shaver, 1994), o qual é contemplado na “Era uma vez... Adultos”, através do cartão da Sexualidade.

O modelo de Bartholomew (1990) também merece ser destacado, na medida em que este propõe que cada um dos quatro estilos de vinculação resulta de uma combinação única de modelos positivos e negativos do *self* e dos outros. Assim, o conforto com a proximidade encontra-se associado aos modelos internos dos outros e a ansiedade sobre as relações está associada aos modelos internos do *self* (Feeney, 1995, citado por Feeney & Noller, 1996). Estas dimensões estão, igualmente, relacionadas com algumas categorias da “Era uma vez... Adultos”.

Resumindo, segundo Sarason et al. (1991), os modelos tornam-se num aspecto estável e inerente da pessoa, marcando o seu desenvolvimento ao longo da vida. Por um lado,

modelam as interpretações de interações sociais e expectativas sobre o próprio e os outros (Sarason et al.) e, por outro lado, funcionam como mediadores entre as experiências interpessoais reais e o seu impacto no *coping* e ajustamento (Hazan & Shaver, 1987).

#### **4. Modelo conflito-relacional**

Este modelo foi desenvolvido por Stephen Mitchell, um psicanalista norte-americano, defensor da chamada “teoria relacional”. Na realidade, não consiste em nenhuma teoria específica, mas sim num conjunto de várias perspetivas psicanalíticas que partilham a mesma tese (Aron, 1996/2001). Esta tese pode ser enunciada através da seguinte afirmação de Mitchell (1988, p. 3): “Mind is composed of relational configurations”.

Analisando a perspetiva deste autor, compreende-se uma conceção do ser humano baseada nas relações reais e imaginárias, externas e internas que cada pessoa estabelece com os outros e consigo própria (Mitchell, 1988). A perspetiva de Mitchell, por sua vez, traduz-se em duas teses fundamentais: a vida dos seres humanos alicerça-se numa matriz relacional, e essa matriz relacional caracteriza-se pelo conflito. Ao agregar estas duas teses, Mitchell adota o chamado modelo conflito-relacional (Mitchell, 1990).

A primeira tese implica que as relações são constitutivas das pessoas, sendo a principal motivação dos seres humanos estabelecer e manter relações (Mitchell, 1990). Além disso, as experiências relacionais que temos ao longo da vida estão na base da formação da personalidade do indivíduo. Assim, para este autor, a matriz relacional constrói-se a partir da área interpessoal e intrapessoal (Mitchell, 1990).

No que diz respeito à segunda tese (Mitchell, 1990), o conflito surge no domínio intrapessoal, na medida em que, por exemplo, desejamos estar ligados aos outros e, ao mesmo tempo, de nos diferenciarmos deles. Por outro lado, o conflito também surge no domínio interpessoal, tendo em conta, por exemplo, a atenção e disponibilidade desejada pelo *self* e aquela que é prestada pelo outro. Resumindo, assumir que o conflito faz parte da matriz relacional implica lidar com o conflito nestes dois domínios ao longo da vida (Mitchell, 1990). Neste sentido, na análise das respostas à “Era uma vez... Adultos” é assinalado se as histórias apresentam ou não um conflito.

##### **4.1. Sexualidade na teoria conflito-relacional.**

Relativamente à sexualidade na perspetiva de Mitchell (2002), esta apresenta-se como uma dimensão de grande relevância na vida dos seres humanos e está incluída num contexto

relacional, uma vez que esta dimensão expressa a matriz relacional e o conflito. Considerando a proximidade física e a resposta fisiológica envolvidas na relação sexual, o conflito existente entre estar ligado ao outro *vs.* estar separado dele torna-se mais saliente (Mitchell, 1988).

Por outro lado, segundo Estrada (2014), existe a possibilidade da necessidade desta diferenciação diminuir, em prol da intimidade. Isto é possível verificar-se através da relação sexual, que possibilita um momento de indiferenciação entre o *self* e o outro. Estes momentos de indiferenciação têm como base a capacidade de brincar, apontada por Winnicott (1971/1975), que proporciona a criação de um espaço e tempo de ilusão partilhado por duas pessoas (Estrada, 2014). Assim, este espaço e tempo de ilusão durante um certo período de tempo, determinados pelo brincar no contexto da sexualidade, permite ultrapassar dois obstáculos ao estabelecimento da intimidade: o medo de fusão com o outro e o medo de ser abandonado pelo outro (Alperin, 2001). Considerando Mitchell (1988), a capacidade de lidar com estes dois medos determina um estilo relacional saudável, enquanto a continuidade dos mesmos implica estilos relacionais patológicos.

## 5. Sidney Blatt

Conforme Blatt (1990), o desenvolvimento da personalidade implica uma interação complexa entre dois processos fundamentais, ou mais especificamente, entre as tarefas que delimitam essas linhas de desenvolvimento: o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, mutuamente satisfatórias, estáveis e duradouras, e o desenvolvimento de uma identidade ou autodefinição ou de um sentido do *self*, como consolidado, diferenciado, realista, essencialmente positivo, estável e cada vez mais integrado.

Segundo Blatt e Blass (1996), os dois processos desenvolvem-se de uma forma interativa, dialética, recíproca e mutuamente facilitadora ao longo de todo o desenvolvimento. Dito de outro modo, Blatt (1991) afirma que um sentido do *self* cada vez mais diferenciado, integrado, maduro e sólido, facilita o estabelecimento de relações cada vez mais maduras, estáveis e mutuamente satisfatórias. Por sua vez, o estabelecimento de relações interpessoais adaptativas promove o desenvolvimento de uma identidade ou autodefinição mais evoluída.

Outra linha de enquadramento importante no desenvolvimento da personalidade baseia-se na postulação de Blatt quanto à existência de processos-chave no desenvolvimento da personalidade (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1996): a Internalização e a Integração. A

primeira é descrita como tendo origem numa relação de gratificação e disrupção com um objeto significativo, a mãe. Atendendo ao que já foi referido anteriormente, a relação precoce com uma mãe suficientemente boa (Winnicott, 1958/2007), em que se alternam períodos de gratificação e frustração, é assim assumida como tendo importância fulcral para o desenvolvimento. A criança, segundo Blatt (2008), na ausência da sua mãe, vai assim conceber representações internas associadas aos períodos de gratificação. Estas representações vão permitir à criança funcionar sem ver a sua frustração aliviada e, conseqüentemente, criar e desenvolver o sistema psíquico. Deste modo, o processo de Internalização possibilita ao indivíduo transformar as suas experiências interpessoais em representações psicológicas internas, que, conseqüentemente, contribuirão para a expressão e tomada de consciência do seu próprio *self*, como diferente e autónomo (Blatt, 2008).

Além disso, segundo Blatt (2008), a internalização engloba outro aspeto importante de referir: por um lado, é responsável pela qualidade das relações interpessoais, determinando as características do mundo interno representacional; por outro lado, as estruturas cognitivo-afetivas internas determinam e moldam as subseqüentes experiências interpessoais. Esta dinâmica implica que relação e representação evoluem numa interação recíproca e dialética (Blatt, 2008).

Considerando o processo Integração, Blatt e Blass (1996) articularam as duas dimensões dialéticas do desenvolvimento e reformularam o modelo epigenético do desenvolvimento de Erikson (1982/1997). Assim, de entre outras ideias, consideram que os estádios da vida adulta (Intimidade *vs.* Isolamento, Generatividade *vs.* Estagnação e Integridade *vs.* Desespero) caracterizam-se pela integração e convergência das duas linhas de desenvolvimento: relacionamento interpessoal e definição do *self* (Blatt & Blass, 1996).

## **6. Erik Erikson**

Segundo Erikson (1982/1997), a formação da personalidade não pode ser explicada apenas como produto da sexualidade e das relações familiares, nem tão pouco termina na adolescência, prolongando-se assim ao longo de toda a vida. Considerando isto, este autor apresentou uma teoria do desenvolvimento psicossocial, a qual prediz que o crescimento psicológico ocorre através de estádios e fases, sendo dependente da interação da pessoa com o meio que a rodeia (Erikson, 1968/1994). Por sua vez, cada estágio é atravessado por uma crise ou conflito (um dos conceitos fundamentais na teoria de Erikson), entre uma vertente positiva e uma vertente negativa. Estas crises seriam estruturadas para que o sujeito, ao sair

delas, através da interação com o meio, apresentasse um ego mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com a vivência do conflito. O resultado final da crise, influenciaria ainda diretamente o próximo estágio, de forma a que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente ligados no seu contexto social, palco destas crises (Erikson, 1968/1994). Dada a relevância da noção de crise na perspectiva de Erikson, levanta-se uma questão sobre este processo. Qual a origem destas crises?

Segundo Estrada (2014), a resposta surge no próprio desenvolvimento. A criança, ao longo do seu crescimento vai enfrentando, com base na interação com os outros, situações novas, as quais impõem em cada fase um conflito específico e que surgem numa sequência. Deste modo, quando há resolução do conflito ou crise, é o pólo positivo que predominará, ainda que o pólo negativo não seja erradicado (Erikson, 1968/1994). Por outras palavras, o sucesso na resolução de cada uma das oito crises, abaixo especificadas, exige um equilíbrio de um traço positivo por um negativo correspondente. Embora a qualidade positiva deva predominar, alguma medida do traço negativo é igualmente necessária. Por exemplo, na primeira infância a crise resulta da necessidade de acreditar no mundo e nas pessoas, mas também da necessidade de adquirir alguma desconfiança que proteja do perigo (Erikson, 1982/1997). Resumindo, a forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estádios influencia a capacidade para resolver os conflitos inerentes à vida.

### **6.1. Estádios da teoria do desenvolvimento da personalidade**

Para Erikson (1982/1997) não existe fixação em nenhuma idade, e se por um lado a forma como cada crise foi resolvida em determinado estágio influencia a passagem pela fase seguinte, por outro lado o sujeito pode passar por experiências positivas ou negativas que contrariem as vivências tidas em estádios anteriores. Este autor dá então a entender, que a formação da personalidade é um processo dinâmico de ajustamento à vida. Por conseguinte, a não resolução do conflito pode ter efeitos negativos no processo de desenvolvimento, nomeadamente uma paragem no desenvolvimento e/ou dificuldades na elaboração dos conflitos característicos dos estádios seguintes. Neste sentido, é ressaltada uma virtude que sintetiza a resolução da sua crise específica, característica de cada estágio (Erikson, 1982/1997).

Os oito estádios de desenvolvimento propostos por Erikson (1982/1997), a saber são:

1º Estádio - Confiança Básica *versus* Desconfiança (12 - 18 meses)

2º Estádio - Autonomia *versus* Dúvida e Vergonha (12/18 meses - 3 anos)

- 3º Estádio - Iniciativa *versus* Culpa (3 - 6 anos)
- 4º Estádio - Realização *versus* Inferioridade (6 - 12 anos)
- 5º Estádio - Identidade *versus* Difusão da Identidade (12 - 20 anos)
- 6º Estádio - Intimidade *versus* Isolamento (20 - 40 anos)
- 7º Estádio - Generatividade *versus* Estagnação (40 - 60 anos)
- 8º Estádio - Integridade *versus* Desespero (para além dos 60 anos)

Dado que os dois primeiros estádios da vida adulta – Intimidade *vs.* Isolamento e Generatividade *vs.* Estagnação – serviram de base para a conceptualização das categorias da “Era uma vez... Adultos” (Estrada, 2014), estes serão discutidos seguidamente.

De acordo com Erikson (1982/1997), o sexto estágio do desenvolvimento psicossocial, Intimidade *vs.* Isolamento, é marcado pela preocupação em estabelecer relações íntimas duráveis com outras pessoas. A questão principal deste estágio é: “Deverei partilhar a minha vida com outra pessoa ou deverei viver sozinho?”. Erikson (1982/1997) atribui à intimidade o sentido de fusão da identidade de um indivíduo com o outro, assinalando a capacidade de desenvolver uma relação profunda e significativa com outro sujeito. Por outro lado, a incapacidade de entrega e de fidelidade, de partilhar afetos, pode levar ao isolamento, à solidão, à sensação de que falta algo para ser completo, embora ficar sozinho não seja sinal de fracasso afetivo. Assim, a efetiva intimidade traduz-se na capacidade de se comprometer profundamente em relações que exigem sacrifício e fidelidade, sendo a virtude fundamental deste estágio o amor, uma devoção mútua e madura (Erikson, 1982/1997).

Quanto ao sétimo estágio, Generatividade *vs.* Estagnação (Erikson, 1982/1997), a questão chave subjacente pode formular-se de vários modos: “Serei bem-sucedido na minha vida afetiva e profissional?”, “Conceberei algo com verdadeiro valor?”, “Conseguirei contribuir para melhorar a vida das outras pessoas?”. A Generatividade representa assim, a possibilidade de ser criativo e produtivo em várias áreas da vida. Mais do que criar e educar os filhos, esta dimensão traduz uma preocupação com o bem-estar das gerações futuras, uma descentração e expansão do Ego comprometido em tornar o mundo um melhor lugar para viver. Se a expansão e descentração do Ego não ocorre, o sujeito pode, segundo o autor, estagnar, preocupar-se quase só consigo mesmo e com a posse de bens materiais. A Estagnação será, portanto, ausência de altruísmo, ou seja, egoísmo. Por último, a virtude própria deste estágio é o cuidado, a preocupação com os outros, o fazer algo por alguém (Erikson, 1982/1997).



## **7. Psicopatologia**

A psicopatologia pode-se definir como “a ciência do sofrimento psíquico” (Ménéchal, 2002, p. 13). Segundo Ménéchal (2002), nesta ciência existem termos que designam modos de organização psíquicos particulares de pessoas que, por determinadas razões, adotam formas de pensar e condutas que as tornam “diferentes”, provocando sofrimento. Em virtude destas condutas, os indivíduos não é possível encontrarem facilmente os ajustamentos que todos realizam diariamente na sua vida (Gabbard, 2006). Dois desses termos são a depressão e a psicose, dimensões do espectro do funcionamento psicopatológico, sobre as quais a presente investigação incide. Não se pretende apresentar uma abordagem psicanalítica destas duas dimensões, mas sim traçar a psicopatologia das representações relacionais destas duas dimensões.

### **7.1. Depressão**

A depressão encontra-se frequentemente associada a vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (Endler & Van Heck, 1995), que se manifestam segundo um vasto conjunto de sintomas e sinais como tristeza, pessimismo acerca do futuro, auto-crítica e culpa, lentificação dos movimentos e do pensamento, e dificuldades de concentração (Blazer, 1993).

Ao longo de décadas, foram realizadas inúmeras tentativas para diferenciar os tipos de depressão com base em expressões sintomáticas (Viglione, Philip, Clemmey, & Camenzuli, 1990, citado por Campos, 2000). No entanto, estas conceções baseadas em sintomas apresentam os seus problemas: são, normalmente, atóricas, sendo difícil testar a sua validade (Blatt, 1991; Campos, 2000); permanecem num nível meramente descritivo, contribuindo pouco para a compreensão da psicopatologia; e definir diferentes tipos de depressão com base nas expressões sintomáticas, torna-se difícil devido à grande heterogeneidade dos sintomas (Blatt & Maroudas, 1992; Campos, 2000). Assim, dada a insatisfação com estas classificações sintomáticas, vários autores propuseram uma diferenciação dos tipos de depressão baseando-se nas diferenças fenomenológicas, ou seja, nas experiências de vida que podem levar os indivíduos a tornarem-se deprimidos (Blatt & Maroudas, 1992; Campos, 2000).

A investigação na área da psicopatologia tem conceptualizado a personalidade depressiva como o fator predisponente para a depressão (Baker, Nenneyer & Barris, 1997; Campos, 2000). A literatura psicanalítica já engloba um vasto estudo da personalidade

depressiva e o trabalho de Blatt pode considerar-se como sendo o mais sistemático sobre o desenvolvimento deste tipo de personalidade (Campos, 2000). A conceptualização de Blatt sobre o fenómeno depressivo assinala a existência de dois tipos de vulnerabilidade à doença depressiva, estruturados na infância, através de representações objetais perturbadas (Baker et al., 1997; Campos, 2000). A doença depressiva originar-se-ia dessas personalidades vulneráveis. Neste sentido, segundo Blatt e Maroudas (1992), com base na natureza das experiências de vida, existem dois tipos de depressão: a depressão anaclítica (ou dependente), a qual tem início com perturbações nas relações interpessoais significativas e gratificantes, e a introjetiva (ou auto-crítica), tendo início com perturbações no sentido do *self*. Sendo que, uma é focada em questões interpessoais (e.g., abandono, solidão) e a outra focalizada em questões de auto-estima e auto-realização (e.g., fracasso, culpa), respetivamente (Blatt & Maroudas, 1992).

Por outro lado, as duas configurações propostas por Blatt estariam por detrás das formas normais e patológicas de depressão (Blatt, 2004; Campos, 2000). Os estados depressivos clínicos, o humor depressivo em populações «normais» ou os estados depressivos sub-clínicos resultariam então, dos estilos de personalidade introjetivo e anaclítico. Tal implica uma continuidade entre o normal e o patológico, considerando que as características internas dos indivíduos deprimidos podem também estar presentes em sujeitos que não estão clinicamente deprimidos (Blatt, 2004; Campos, 2000). Vários estudos realizados sugerem que as diferenças entre a população normal e população clínica, relativamente às experiências depressivas, são essencialmente uma questão de intensidade (Blatt, 2004). Assim, as experiências depressivas podem variar em intensidade, tratando-se desde experiências passageiras e moderadas (como resposta relativamente adequada e transitória a um acontecimento de vida negativo e indesejável) a estados clínicos profundos, graves e persistentes que podem envolver graves distorções da realidade e distúrbios neurovegetativos (e.g., perda da libido, do sono, do peso; Blatt, 2004; Blatt & Maroudas, 1992). Segundo esta perspetiva não há diferenças qualitativas entre a personalidade e o estado depressivo, estando implícita a continuidade do fenómeno depressivo. Torna-se assim importante diferenciar dois conceitos: o “deprimido”, referindo-se ao sujeito que se encontra em estado de depressão e o “depressivo”, correspondendo ao sujeito exposto ou predisposto à depressão (Pardinielli & Bernoussi, 2006).

No sentido da depressão auto-crítica com perturbações no sentido do *self* proposta por Blatt, Lerner (1983), num estudo com um paciente depressivo, constatou indícios de uma

representação do *self* pouco estruturada e desvitalizada, notando-se mudanças no conteúdo e no mundo representacional do sujeito quando houve melhoria da sintomatologia.

No que diz respeito aos relacionamentos interpessoais, a depressão pode afetar, significativamente, os padrões de relações que a pessoa estabelece (Dalgalarondo, 2008), algo que se deve, em grande parte, ao próprio quadro clínico da depressão. É característico desta perturbação os relacionamentos interpessoais serem marcados por um quadro de conflituosidade. Além disso, estes sujeitos não conseguem construir uma relação em que a reciprocidade esteja presente, estando assim impedidos de retirar gratificação das relações, favorecendo também o isolamento (Gabbard, 2006). Arieti (1977) postulou que estes indivíduos apresentam um padrão de viver para outra pessoa, em vez de para eles mesmos. Este autor denominou a pessoa para a qual eles vivem como o “outro dominante”, mas, algumas vezes, um ideal ou uma organização pode exercer a mesma função – “objetivo dominante” ou “ideologia dominante”. Tais pessoas acreditam que a vida não tem valor caso eles não consigam provocar no outro dominante a resposta que desejam ou caso não consigam alcançar o seu objetivo impossível (Arieti, 1977).

Relativamente à sexualidade, segundo Gabbard (2006), esta também pode ser afetada e vir a tornar-se um problema adicional, na medida em que a depressão pode resultar numa redução drástica na libido e prazer sexual. Apesar de não ser um sintoma de depressão em si, pode tratar-se de um efeito colateral comum de muitos medicamentos antidepressivos.

Por último, os episódios depressivos também se podem verificar nas chamadas perturbações bipolares, sobre as quais a presente investigação também incide. Pedinielli e Bernoussi (2006) descrevem esta perturbação segundo uma classificação extremamente precisa: 1) Perturbação bipolar I: ocorrência de um ou vários episódios maníacos ou episódios mistos. 2) Perturbação bipolar II: ocorrência de um ou vários episódios depressivos *major* acompanhados, pelo menos, por um episódio hipomaníaco.

## **7.2. Psicose**

A psicose, segundo Pedinielli e Gimenez (2006), é caracterizada por uma transformação radical da relação do sujeito com a realidade. Trata-se de uma doença mental grave que provoca uma modificação profunda e duradoura da identidade e, geralmente, da personalidade. Esta doença expressa o problema da estranheza, pois o psicótico não raciocina no mesmo registo que o homem “normal”, nem reconhece as mesmas escalas de julgamento,

as mesmas modalidades de abordagem do mundo, os mesmos códigos sociais, a mesma lógica de pensamento (Symington & Symington, 1999).

Embora existam muitas diferenças entre as inúmeras teorias psicanalíticas, pode-se apresentar aqui parte de um esquema, proposto por Pedinielli e Gimenez (2006): 1) As psicoses constituem perturbações na constituição do sujeito, durante os primeiros meses de vida, dificultando o acesso à identidade, à autonomia e à separação. Por outras palavras, a psicose recai nos estádios mais primitivos do desenvolvimento e da organização da mente, quando ainda não se fixou uma diferença nítida entre o *self* e o *não-self*. A estas perturbações podem estar associadas as relações precoces com os pais, em que o sujeito psicótico não tem acesso ao Édipo, nem à diferença de sexos, nem à alteridade e que, por vezes, a relação dentro-fora não é estável. 2) A organização de mecanismos de defesa constrangedores determinam uma limitação das relações consigo mesmo e com o mundo exterior. 3) Uma mudança interna ou externa provoca o reaparecimento da angústia e do sentimento de perda da identidade, da continuidade corporal e psíquica, ou seja, conduz a uma fragmentação do Corpo e do Ser.

Resumindo, no processo de constituição das psicoses, a extrema fragilidade das fronteiras do aparelho psíquico, leva a que o "Eu total" perca a sua unidade (Pedinielli e Gimenez, 2006). Consequentemente, este fragmenta-se em vários "eus" desconectados uns dos outros e em constante luta entre si, provocando pensamentos e sentimentos opostos, que se alternam e mudam rapidamente. Do que resulta é a desvinculação com o mundo, o fim da comunicação com os outros, sendo as relações interpessoais e intrapessoais interpretadas como ameaçadoras e evitadas com uma finalidade de auto-preservação (Gabbard, 2006).

Uma forma de psicose que irá ser explorada nesta investigação diz respeito à esquizofrenia. Esta é a doença mental mais complexa, na medida em que as interrogações que levanta são múltiplas, desde a etiologia à terapêutica (Ménéchal, 2002). Como referido por Dalgalarondo (2008), a esquizofrenia, considerada como uma das psicoses mais graves, caracteriza-se por uma alteração maciça da pessoa, expressa em diferentes tipos de perturbações que não se encontram em todos os doentes: perturbações do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), do desenrolar do pensamento (interrupções das associações, passagem de um assunto a outro sem relação lógica, etc.), da perceção (alucinações, etc.), dos afetos (afeto enfraquecido ou inapropriado), perturbações do comportamento, entre outros.

Sullivan (1962) considerou que a etiologia desta perturbação é o resultado de dificuldades interpessoais precoces, sobretudo na relação pais-criança. De acordo com este autor, a falha nos cuidados maternos produz no bebé um *self* carregado de ansiedade e

impede-o de ter as suas necessidades satisfeitas. Por conseguinte, a experiência do *self* é então, dissociada, com um prejuízo à auto-estima profundo. Na visão do autor o início da perturbação é o reaparecimento do *self* dissociado que leva a um estado de pânico e à consequente desorganização psicótica (Sullivan, 1962). Por outro lado, as relações interpessoais são repletas de terror, dada a intensa ansiedade despertada no contacto com os outros (Gabbard, 2006). Esta ansiedade está associada a preocupações com a integridade do Ego e pelo medo de fusão com os outros, que representam um problema contínuo, solucionado, com frequência, por meio do isolamento. Assim, estes indivíduos são fundamentalmente pessoas solitárias que não conseguem ultrapassar o seu medo e desconfiança dos outros em função de experiências adversas da vida (Fromm-Reichmann, 1950, citado por Gabbard, 2006).

## **8. Técnicas projetivas**

Não se trata aqui de explicar em profundidade a teoria e técnica do teste, visto que há uma ampla bibliografia específica. O conceito de projeção, no qual se baseiam as técnicas projetivas, foi introduzido por Freud (1894/1996), ao afirmar que o desenvolvimento das neuroses psíquicas estaria associado à incapacidade do sujeito em manter sob controlo a ansiedade endógena, parecendo projetar essa ansiedade no ambiente externo. Deste modo, Chabert (1998/2004) define projeção como a operação na qual o sujeito “expulsa de si” e encontra no outro, humano ou objeto, virtudes, atributos, sentimentos, vontades, e até mesmo coisas que o sujeito “recusa de si”.

Foi Frank (1939) quem introduziu a designação de técnicas projetivas, reunindo sob o mesmo termo uma variedade de testes então utilizados, com o objetivo de promover o processo de projeção. Este autor considerava que estas técnicas podiam apreender aspetos latentes da personalidade.

A conceptualização dos testes projetivos, a partir da perspectiva da Teoria das Relações Objetais proposta por Grassano (1996), refere que por meio das condutas verbais, gráficas ou lúdicas do sujeito observamos a sua capacidade de dar forma, organização e sentido emocional aos aspetos da realidade que o estímulo projetivo procura representar. Toda a produção projetiva é uma criação que expressa o modo pessoal de estabelecer contacto com a realidade interna e externa. Segundo Cunha (2000), a dinâmica psíquica é compreendida e apreendida pelas técnicas projetivas no âmbito simbólico e afetivo, bem como nos impactos

que ocorrem nos processos cognitivos, na estabilidade racional, na formulação do pensamento e na sua adequada verbalização (linguagem).

As técnicas projetivas incluem estímulos invariavelmente pouco estruturados, que vão exigir do sujeito, como consequência, um intenso grau de criação e elaboração pessoal (Anzieu, 1961/1988). Cada estímulo projetivo impõe a capacidade de recriação que se baseia na capacidade reparadora (Grassano, 1996). Neste sentido, Frank (1939) assumiu que se os estímulos não apresentarem estas características, o sujeito, ao debruçar-se sobre os mesmos, aproxima-se de uma descrição objetiva da realidade externa. É importante destacar também, que o sujeito, ao relacionar-se com os estímulos das técnicas, experiencia uma reedição da relação objetal e da relação com o mundo (Cunha, 2000). No entanto, deve-se atender às especificidades da produção de cada indivíduo com o objetivo de captar o padrão que lhe é particular.

Por outro lado, as técnicas projetivas apresentam alguns problemas na sua utilização, que se referem ao estabelecimento de normas, aos resultados no âmbito da precisão e aos resultados relativos à validade (Estrada, 2014). Ainda assim, quanto à validade, como refere Bornstein (2002), o facto de medidas diferentes de um mesmo construto apresentarem uma baixa correlação das pontuações não deve ser assumido, necessariamente, como um problema de validade convergente. Em certas situações, é precisamente a fraca correlação que suporta evidências de validade de ambas as medidas, possibilitando avaliar de uma outra perspetiva a utilidade clínica e empírica de ambos os métodos para um dado construto (Bornstein, 2002).

## **9. “Era uma vez... Adultos”**

À semelhança do estudo realizado por Estrada (2014), neste trabalho, considera-se que a personalidade e o comportamento são compreendidos com base em duas variáveis: a relação com o *self* e com o outro, e os aspetos inconscientes, especialmente os emocionais. A prova “Era uma vez...Adultos” recai sob estas duas variáveis. Trata-se de uma prova projetiva de completamento de histórias, que tem como objetivo avaliar representações relacionais, especificamente as relações com o *self* e com os outros (Estrada, 2014). Consiste numa técnica eclética, onde os estímulos utilizados são visuais, com base em desenhos em banda desenhada, e também verbais, uma vez que o investigador, inicialmente, apresenta verbalmente a história de cada cartão. No que diz respeito à resposta, esta contempla num primeiro momento a seleção de cenas desenhadas e a sua colocação em sequência, para dar continuação à história inicialmente apresentada, e num segundo momento, à sua verbalização.

A interpretação, por sua vez, contempla o tipo de cenas escolhidas, a sua sequência organizada e a história verbalizada (Estrada, 2014).

Assim, é notável uma associação entre esta prova e a “Era uma vez...” (Fagulha, 1992), sendo a “Era uma vez...Adultos” equivalente a esta, cujas características específicas e potencialidades conduziram ao objetivo de construir uma versão para ser utilizada com adultos (Estrada, 2014). No entanto, apesar da estrutura e funcionamento da “Era uma vez...” serem reproduzidos nesta versão para adultos, o que se pretende avaliar é diferente, sendo também diferentes as histórias, as categorias e os parâmetros de análise. No que diz respeito às histórias que se apresentam para serem completadas, estas correspondem a situações da vida dos adultos. Já os parâmetros de análise são considerados com base na conceptualização da prova, bem como no seu próprio funcionamento. Além disso, esta prova destinada a adultos, apresenta aspetos específicos, nomeadamente as referências teóricas em termos de desenvolvimento, muito especialmente a teoria do desenvolvimento da personalidade de Erik Erikson (Estrada, 2014).

Quanto à caracterização da prova, segundo Estrada (2014), a “Era uma vez... Adultos”, à semelhança de outros instrumentos de avaliação, nomeadamente técnicas projetivas, é também uma prova de comportamento verbal, dada a história que se constrói e a restante comunicação verbal presente, paraverbal, tendo em conta o timbre, ritmo e entoação, e não-verbal, assumindo aspetos faciais e corporais. Estes três tipos de comportamento, analisados de diferentes perspetivas, têm o seu contributo, ao fornecerem informações relevantes, contribuindo ainda para uma melhor compreensão das respostas (Estrada, 2014).

### **9.1. Histórias na “Era uma vez... Adultos”**

Segundo Anzieu (1961/1988), através da elaboração de histórias, o indivíduo revela conflitos, desejos, expectativas, mecanismos de defesa, e os principais momentos da sua trajetória de vida. Como tal, a utilização da técnica de contar histórias tem a sua pertinência, uma vez que se espera que estas mesmas histórias revelem facetas mais internas do ser humano (Cramer, 1996), mais inconscientes e emocionais, assim como informações sobre representações relacionais internas (Teglasi, 2001). Ainda, para que a análise das histórias possa representar o mundo interno e a vida do sujeito, é necessário considerar o contexto social, pessoal, linguístico, de aplicação da técnica projetiva e dos estímulos do próprio instrumento (Cramer, 1996).

Por outro lado, tal como apontado por Estrada (2014), o fundamento de uma situação projetiva de construção ou completamento de histórias baseia-se na projeção que os participantes fazem dos seus sentimentos e pensamentos, face a um dado estímulo visual e/ou verbal. Perante este estímulo, é solicitado ao sujeito que conte uma história, mas não a sua história de vida. Ao mesmo tempo, dada a situação projetiva, espera-se também que nas respostas e no comportamento das pessoas, surjam mais facilmente elementos inconscientes e emocionais da personalidade (Estrada, 2014).

## **9.2. Categorias**

Segundo Estrada (2014), o foco de avaliação desta prova projetiva passa por captar aspetos relacionais, tendo como base as categorias pré-estabelecidas. Por outras palavras, as representações relacionais internas expressam-se através dos vários componentes de resposta: a escolha das cenas/categorias, a sua organização numa sequência e posterior verbalização de uma história.

As categorias das cenas da “Era uma vez... Adultos” foram conceptualizadas com base nos conflitos inerentes aos estádios de desenvolvimento da vida adulta de Erikson (1982/1997): Intimidade vs. Isolamento e Generatividade vs. Estagnação. No entanto, segundo Estrada (2014), as oito categorias não correspondem exatamente aos estádios que Erikson concebe para a fase da vida adulta. Por sua vez, a conceção das categorias foi fundamentada com base na integração de teorias, e cada um dos polos dos conflitos de Erikson foi subdividido em duas vertentes: uma representando a relação com os outros (interrelacional) e outra representando a relação de cada um consigo próprio (intrarrelacional). Assim, definiram-se as oito categorias: duas representando situações de intimidade, duas representando situações de isolamento, duas representando situações de generatividade e duas representando situações de estagnação. Para além disto, existe uma categoria que representa uma situação ligada à temática do cartão em questão, mas que não é envolvida pelos conflitos Intimidade vs. Isolamento e Generatividade vs. Estagnação, a qual foi designada como Extra (Estrada, 2014).

Por outro lado, estando as oito categorias integradas essencialmente na dimensão relacional do comportamento interpessoal (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993, citado por Estrada, 2014) e intrapessoal, consideram-se ainda dois conjuntos de análise (Estrada, 2014): um deles engloba a relação com os outros, a capacidade ou incapacidade de mantermos esta relação, de dar e receber, assim como os afetos positivos e negativos que



essas relações envolvem. Este conjunto, que contém a vertente interrelacional, integra as categorias Intimidade 1, Isolamento 1, Generatividade 1 e Estagnação 1, designando-se como Conjunto Outro; o outro conjunto tem a ver com a individualidade, o modo como nos relacionamos com o *self* sem a presença física dos outros através de pensamentos e sentimentos, os afetos positivos e negativos que caracterizam diferentes representações desta relação, como investimos ou não em nós mesmos. Abrange, então, a vertente intrarrelacional e inclui as categorias Intimidade 2, Isolamento 2, Generatividade 2 e Estagnação 2, designando-se como Conjunto *Self* (Estrada, 2014).

Desta forma, segundo Estrada (2014), a subdivisão implícita nas categorias de Erikson foi, em parte, baseada na teoria de Blatt acerca das duas linhas de desenvolvimento da personalidade: o relacionamento interpessoal e a definição do *self* (Blatt, 2008). A teoria da vinculação também permitiu conceptualizar as categorias, na medida em que a categoria Intimidade se liga ao sistema de vinculação, a Generatividade ao sistema de cuidado e as categorias Isolamento e Estagnação a estes mesmos dois sistemas, quando estes sistemas apresentam problemas (Estrada, 2014).

### **9.2.1. Definição das oito categorias.**

De seguida, apresenta-se a definição das categorias, proposta por Estrada (2014), que fazem parte da conceptualização da prova “Era uma vez... Adultos”.

A Intimidade 1 representa a relação em que se está bem com os outros que estão fisicamente presentes, em que a emoção predominante é a alegria.

O Isolamento 1 diz respeito à relação em que o *self*, por alguma razão, não estabelece uma interação com o outro e mantém-se isolado. A emoção predominante é a tristeza.

A Generatividade 1 expressa a relação em que se cuida do outro e se dá qualquer coisa ao outro, sendo as emoções predominantes a simpatia e a alegria.

A Estagnação 1 corresponde à relação em que não se cuida do outro e há uma recusa em dar alguma coisa ao outro. As emoções predominantes são a zanga e o desprezo.

Desta forma, existe uma relação positiva com o outro na Intimidade 1 e Generatividade 1, e uma relação negativa com o outro no Isolamento 1 e Estagnação 1, que permitem estabelecer as seguintes dicotomias: Intimidade 1 vs. Isolamento 1, Generatividade 1 vs. Estagnação 1 (Estrada, 2014).

A Intimidade 2 expressa a relação de cada um consigo próprio, resultado da internalização de relações com os outros. Nesta categoria está implícita a capacidade de estar sozinho, sendo que a emoção predominante é a alegria.

O Isolamento 2 refere-se à relação com o *self* caracterizada por um vazio relacional, ou seja, uma ausência quer dos outros quer de representações internas dos outros. A emoção predominante é a tristeza.

A Generatividade 2 representa o *self* que investe em si próprio. Está implícito um narcisismo saudável, sendo que as emoções predominantes são a alegria e o orgulho.

A Estagnação 2 traduz um *self* que não é investido, que não cuida de si. As emoções predominantes são a zanga ou a tristeza.

Em suma, existe uma relação positiva com o *self* na Intimidade 2 e Generatividade 2, e uma relação negativa com o *self* no Isolamento 2 e Estagnação 2, permitindo definir-se as seguintes dicotomias: Intimidade 2 vs. Isolamento 2, Generatividade 2 vs. Estagnação 2 (Estrada, 2014).

O objetivo principal do presente estudo, dada a sua natureza, é então procurar validar a prova “Era uma vez...Adultos”, nomeadamente a capacidade deste instrumento em diferenciar diversos grupos de sujeitos. Como objetivos específicos pretende-se: caracterizar a amostra clínica de acordo com as respostas à “Era uma vez...Adultos”; verificar se existem diferenças significativas nas respostas à prova entre a amostra clínica e a amostra de população geral (recolhida por Estrada, 2014), especificamente na frequência das categorias escolhidas em todos os cartões da prova.

**Hipótese 1:** Existem diferenças significativas entre as duas amostras nas respostas à “Era uma vez...Adultos”.

**Hipótese 2:** As categorias que comportam emoções negativas (Isolamento 1 e 2, Estagnação 1 e 2) são mais escolhidas pelo grupo de sujeitos da amostra clínica, relativamente à amostra da população geral.

## **Metodologia**

### **1. Participantes**

#### **1.1. Critérios de seleção**

Foram selecionados pacientes internados numa Clínica Psiquiátrica que apresentavam um diagnóstico na esfera da psicose ou da depressão (inclusive, a perturbação bipolar numa crise depressiva). Dentro destes, foram ainda selecionados os participantes em curto ou longo internamento que se encontravam em condições clínicas favoráveis à participação na investigação.

#### **1.2. Caracterização**

A amostra do presente estudo é constituída por 25 sujeitos, dos quais 24 são mulheres. A idade dos participantes está compreendida entre os 34 e 68 anos ( $M = 51.44$ ,  $DP = 10.49$ ) e todos se encontravam internados na Clínica Psiquiátrica de S. José (CPSJ). O tempo de internamento para o regime de curto internamento varia entre menos de um mês e menos de três meses, e para o regime de longo internamento entre 2 a 18 anos. No Quadro 1 apresentam-se sumariados os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Quanto à variável Diagnóstico, procedeu-se à categorização dos participantes em traços psicóticos ou sem traços psicóticos, com base na consulta dos processos clínicos dos utentes e em informações clínicas fornecidas pelos psiquiatras.

A amostra inicial era de 33 sujeitos. No entanto, 8 sujeitos foram excluídos da amostra por não ter sido possível aplicar a prova “Era uma vez...Adultos”. Tal impossibilidade prendeu-se com três razões: a primeira, por terem desistido da investigação; a segunda pelo facto de os participantes terem recebido alta e, por último, devido ao facto dos participantes se encontrarem em condições clínicas desfavoráveis à sua capacidade para terminar a participação.

## Quadro 1

*Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=25)*

Estado Civil	Solteiro		(n=9) 36.0%
	Casado/união de facto		(n=10) 40.0%
	Viúvo		(n=1) 4.0%
	Divorciado/separado		(n=5) 20.0%
Agregado Familiar	Vive só		(n=6) 24.0%
	Vive com cônjuge		(n=4) 16.0%
	Vive com cônjuge e terceiros		(n=4) 16.0%
	Vive com terceiros		(n=2) 8.0%
	Vive numa instituição		(n=9) 36.0%
Filhos	Sim		(n=15) 60.0%
	Não		(n=10) 40.0%
Escolaridade	Primário incompleto		(n=1) 4.0%
	1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)		(n=4) 16.0%
	3º Ciclo do ensino básico (antigo 5º ano)		(n=8) 32.0%
	Ensino secundário (antigo 7º ano)		(n=7) 28.0%
	Ensino superior		(n=5) 20.0%
Situação Profissional Atual	Empregado		(n=6) 24.0%
	Desempregado		(n=7) 28.0%
	Reformado		(n=11) 44.0%
	Doméstica		(n=1) 4.0%
Diagnóstico	Traços psicóticos		(n=9) 36.0%
	Sem traços psicóticos		(n=16) 64.0%
Tipo de Internamento	Curto		(n=16) 64.0%
	Longo		(n=9) 36.0%
1ª Vez em curto internamento	Não		(n=10) 62.5%
	Sim		(n=6) 37.5%
Costuma ter visitas	Curto	Não	(n=2) 12.5%
		Sim	(n=14) 87.5%
	Longo	Não	(n=0) 0.0%
		Sim	(n=9) 100%

## 2. Instrumentos

Utilizaram-se os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico, a versão portuguesa da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2003), a versão portuguesa do Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R) (Batista, 1993) e a “Era uma vez... Adultos” (Estrada, 2014).

### 2.1. Questionário sociodemográfico

De forma a recolher informação sociodemográfica e clínica relevante para caracterizar a amostra em estudo, foi construído, especificamente para esta investigação, um Questionário Sociodemográfico (ver Anexo A). Este instrumento permitiu a recolha de um conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas potencialmente relevantes na caracterização da amostra e na compreensão dos resultados obtidos.

### 2.2. Avaliação da presença de sintomatologia psicopatológica

Os instrumentos SCL-90-R e CES-D foram utilizados com dois objetivos: (1) recolher as informações referentes aos critérios de inclusão e de exclusão da amostra; (2) comparar as respostas à prova “Era uma vez... Adultos” com a intensidade da sintomatologia depressiva e psicótica. Quanto ao segundo objetivo, a análise referente ao mesmo não será discutida no presente trabalho, mas fará parte de uma investigação mais alargada.

#### 2.2.1. *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), Versão Portuguesa*

O Symptom Checklist-90 – Revised (SCL-90-R) de Derogatis, é um questionário de auto-relato de natureza multidimensional, que serve de indicador da estrutura psicológica do sujeito (Derogatis, 1983, citado por Soares, 2007). O instrumento avalia sintomas de desajuste emocional, sendo constituído por 90 itens que descrevem queixas ou sintomas diversos. Pretende, então, avaliar a presença de psicopatologia, mal-estar psicológico e a existência de *distress* em populações clínicas, mas também em sujeitos que não se encontram perturbados emocionalmente (Baptista, 1993). A sua aplicação demora, sensivelmente, 15 a 20 minutos e pode ser aplicado a adolescentes e a adultos (individual ou coletivamente). Tem a vantagem de ser um instrumento de fácil aplicação, cotação e interpretação, e tem sido usado no estudo das perturbações psiquiátricas (Machado et al., 2005).

Segundo Baptista (1993), os 90 itens deste instrumento são respondidos a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando de zero (“Nunca”) a quatro (“Extremamente”), que se referem a diferentes níveis de mal-estar. O SCL-90-R é cotado e interpretado em termos de nove dimensões sintomáticas de psicopatologia e três índices globais (Baptista, 1993). As nove dimensões sintomáticas são: somatização (12 itens), obsessões compulsões (10 itens), sensibilidade interpessoal (9 itens), depressão (13 itens), ansiedade (10 itens), hostilidade (6 itens), ansiedade fóbica (7 itens), ideação paranóide (6 itens) e psicoticismo (10 itens). O SCL-90-R tem, ainda, a possibilidade de calcular 3 índices globais de mal-estar: o índice geral de sintomas (combina a informação do número de sintomas com a intensidade; mede a intensidade do sofrimento psíquico e psicossomático global), o número de sintomas positivos (reflete apenas o número de sintomas presentes) e o índice de sintomas positivos (contabiliza o número total de sintomas presentes, ou seja, a amplitude e diversidade da psicopatologia; relaciona o sofrimento global com o número de sintomas existentes e consiste num indicador da intensidade sintomática média) (Baptista, 1993).

Relativamente às suas características psicométricas, segundo Derogatis e Cleary (1977), o SCL-90-R apresenta uma boa consistência interna das subescalas, na medida em que obteve níveis, avaliados pelo Alfa de Cronbach, entre 0.84 (Sensibilidade Interpessoal) e 0.90 (Depressão). A estabilidade temporal avaliada pelo método de teste-reteste, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0.80 (Hostilidade) e 0.90 (Ansiedade). Quanto à versão portuguesa deste questionário, a qual foi elaborada por Batista (1993), o estudo psicométrico indicou valores elevados de consistência interna das subescalas, em que o Alfa de Cronbach variou entre 0.74 e 0.97. Por sua vez, os valores de consistência teste-reteste obtidos variou entre 0.78 a 0.90. Adicionalmente, foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Batista, 1993).

### ***2.2.2. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), Versão Portuguesa***

A escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies (CES-D) (Radloff, 1977), é uma escala de sintomatologia depressiva desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health, Rockville, USA. A escala enfatiza a componente afetiva e os sintomas avaliados podem fazer parte de vários diagnósticos,

inclusive o diagnóstico de normalidade, e não apenas os relacionados com o diagnóstico de depressão clínica (Radloff, 1977).

Trata-se de uma escala de auto-relato, constituída por 20 itens que representam os principais aspetos da sintomatologia depressiva: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Gonçalves & Fagulha, 2003). Cada item é respondido numa escala de 4 pontos (0-3) que correspondem à frequência com que o sintoma foi vivido na última semana. Assim, a cada resposta, “Nunca ou muito raramente”, “Ocasionalmente”, “Com alguma frequência” “Com muita frequência ou sempre”, é atribuída uma pontuação de 0 a 3, respetivamente. Os 20 itens somam uma pontuação global entre 0 e 60, associando-se as pontuações mais altas com uma maior sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito (Radloff, 1977).

Segundo Radloff (1977), a CES-D foi construída a partir de itens selecionados de outras escalas previamente validadas, tais como a de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, (1961), a de Dahlstrom & Welsh, (1960), a de Gardner, (1968) e a escala de Zung, (1965). Quanto ao estudo original, esta escala apresentou uma consistência interna alta (0.85) na amostra da população geral e na amostra de população clínica (0.90) (Gonçalves & Fagulha, 2003; Radloff, 1977). Além disso, demonstrou-se que, embora não seja uma escala que define o diagnóstico de depressão, a CES-D apresenta um forte poder discriminativo entre grupos de doentes e a população em geral, assim como uma sensibilidade para níveis de sintomatologia depressiva e para a melhoria sintomática após o tratamento psiquiátrico (Gonçalves & Fagulha, 2003; Radloff, 1977).

Apesar de ter sido concebida para a população em geral, a CES-D também pode ser utilizada com diferentes subgrupos da população. Em Portugal, assinalamos a adaptação desta escala pelos autores Gonçalves e Fagulha (2003), com base em três estudos: no estudo A utilizou-se uma amostra de estudantes universitários, avaliando a consistência interna, as características dos itens e a correlação dos resultados com o Inventário de Beck; os dois outros estudos, B e C, foram realizados com o objetivo de adaptar a escala à população geral portuguesa, incluindo a possibilidade de aplicação oral do questionário. No estudo B utilizou-se uma amostra recolhida num Centro de Saúde, com indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos, os quais também participaram numa entrevista, adaptada do módulo de avaliação das perturbações do humor, da versão clínica da Structural Clinical Interview for DSM-IV Áxis I Disorders (SCID-1). Esta teve como objetivo verificar se os participantes satisfaziam os critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

fourth edition) da presença de um Episódio Depressivo Major, de uma perturbação Distímica ou de um Episódio Depressivo Minor. No estudo C utilizou-se uma amostra da população geral da mesma faixa etária que a anterior. Em todos os estudos efetuados a consistência interna obtida foi superior ao estudo efetuado por Radloff (1977) (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Quanto à análise fatorial, evidenciou-se uma estrutura semelhante ao estudo original, obtendo 4 fatores (Gonçalves & Fagulha, 2003): o humor deprimido, humor positivo, sintomas somáticos/perturbação da atividade e interpessoal. A análise fatorial confirmatória indicou uma forte correlação entre estes fatores: a correlação entre a pontuação da CES-D e o diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV foi de 0.71; entre a mesma pontuação e a soma dos sintomas depressivos observados na entrevista clínica, a correlação foi de 0.76; e entre o Inventário de Beck e a CES-D, a correlação encontrada foi de 0.75 (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Na adaptação portuguesa foi proposto um ponto de corte de 20, que indicou boa sensibilidade (0.83) e especificidade (0.78), principalmente para o diagnóstico de Episódio Depressivo Major dos resultados do estudo B (Gonçalves & Fagulha, 2003). No entanto, o ponto de corte varia consoante o contexto onde a escala é utilizada, estando assim sujeita a influências culturais, assim como o nível de escolaridade. Gonçalves e Fagulha (2004) verificaram que os sujeitos com um nível mais baixo de escolaridade tendem a obter pontuações mais elevadas na CES-D para o mesmo nível de severidade clínica dos sintomas avaliados. Deste modo, os autores recomendam a utilização de um ponto de corte de 23 para sujeitos com menos de 9 anos de escolaridade. Todavia, no estudo original para a população geral foi proposto um ponto de corte de 16 (Radloff, 1977).

Quanto às vantagens desta escala, é simples e de rápida aplicação, a redação dos itens e a forma de resposta são mais acessíveis do que outras escalas semelhantes e o facto de poder ser aplicada oralmente permite uma aplicação adequada aos indivíduos com nível de escolaridade baixa (Gonçalves & Fagulha, 2003; Radloff, 1977). Além disso, esta escala tem também a sua potencialidade no rastreio de perturbação depressiva e na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2003).

### **2.3. “Era uma vez... Adultos”**

A “Era uma vez... Adultos” (Estrada, 2014), inspirada na prova “Era uma vez...” para crianças (Fagulha, 1992), é constituída por sete cartões que apresentam sete histórias



numa tira de três cenas em banda desenhada. As tiras são apresentadas na parte superior de uma folha de cartolina tamanho A4 na horizontal. Por sua vez, a cada cartão correspondem nove cenas de tamanho semelhante às da tira. A história apresentada em cada cartão é completada com a escolha de três das respetivas nove cenas, a sua colocação numa sequência e posterior verbalização da história organizada com as cenas escolhidas (Estrada, 2014).

No que diz respeito aos cartões, cada um tem um tema que diz respeito a uma determinada situação da vida adulta: trabalho, fim-de-semana, sexualidade, aniversário, filhos, morte, casamento (Estrada, 2014). Os temas são apresentados na tira com três cenas, sendo o investigador a verbalizar a história retratada em cada cartão. Em todos os cartões é apresentada a mesma personagem vivendo uma das situações referidas. Existe uma versão feminina, personagem mulher, e uma versão masculina, personagem homem, com o objetivo de facilitar a identificação do participante com a personagem das histórias. Além disso, ambas as personagens têm um nome: Joana e João, que são alterados caso o participante tenha o mesmo nome (Estrada, 2014).

Relativamente às histórias para completar, segundo a autora da prova, as mesmas são simples e comuns, e as situações apresentadas nos cartões, no seu conteúdo manifesto, não contêm em si uma dificuldade. Por sua vez, os temas dos cartões podem suscitar associações a conflitos e ansiedades, expectativas positivas e negativas, relacionadas com vivências pessoais dos participantes (Estrada, 2014).

A continuação das histórias apresentadas nos sete cartões desta prova não é totalmente livre, uma vez que a cada cartão correspondem nove cenas distintas (Estrada, 2014). Destas nove, os participantes têm de escolher três, organizá-las numa sequência e depois relatar a história que produziram. Tal como na “Era uma vez...” (Fagulha, 1994), a forma como as cenas são apresentadas ao sujeito mantém uma posição fixa (Estrada, 2014).

As cenas, segundo Estrada (2014), são como propostas feitas aos participantes, que aceitam umas e recusam outras. No entanto, mais importante do que a escolha individual das cenas, é a forma como os participantes as organizam numa sequência e como, posteriormente, narram essa sequência. A partir das nove cenas, é possível organizar 504 sequências, o que permite uma grande variabilidade de opções (Estrada, 2014).

No fim da apresentação dos sete cartões, tal como na “Era uma vez...” (Fagulha, 1994), é pedido aos participantes que imaginem uma outra história que pudesse ter acontecido à personagem - História Inventada. Esta história permite elaborar ansiedades, desejos e expectativas, suscitadas pela experiência da prova, ou alguns aspetos que permaneceram por explorar (Estrada, 2014).

### 3. Procedimento

#### 3.1. Recolha de dados

A amostra do presente estudo foi recolhida entre Janeiro e Junho de 2015. Em primeiro lugar, foi previamente solicitada, junto da direção da Clínica Psiquiátrica de S. José, a autorização para a aplicação dos instrumentos aos utentes da referida instituição, assim como a autorização para que as aplicações decorressem nas instalações (Carta de Pedido de Autorização para Investigação em Anexo B).

A seleção dos participantes na CPSJ foi feita através da consulta dos processos clínicos dos utentes, atendendo às informações clínicas respeitantes aos critérios de inclusão e exclusão para a amostra. Foi solicitada a colaboração desses participantes, informando os mesmos acerca do âmbito do estudo, a sua finalidade, como também o tempo de aplicação. Foi garantida, ainda, a confidencialidade e anonimato das respostas. Após o consentimento dos participantes pela assinatura do Consentimento Informado (ver Anexo C), foi acordada a participação na investigação.

As instruções específicas para o preenchimento de cada questionário e para a realização da prova projetiva foram mencionadas, oralmente, pelo investigador. A aplicação dos instrumentos realizou-se individualmente e decorreu em dois momentos diferentes (em dias diferentes), de forma a amenizar o efeito das dificuldades associadas à situação clínica dos participantes, designadamente cansaço, lentificação psicomotora e falhas de concentração. O intervalo de tempo entre os dois momentos esteve sujeito à disponibilidade do investigador e dos participantes, assim como às condições clínicas dos mesmos. No primeiro momento foram aplicados o questionário sociodemográfico, o SCL-90-R e a CES-D. No que diz respeito ao questionário sociodemográfico, este foi preenchido pelo investigador em conjunto com o participante, por exigir informações clínicas desconhecidas pelos participantes. Relativamente aos restantes questionários, na maioria dos casos procedeu-se à auto-administração. Nalgumas situações, dada a situação clínica dos participantes, foi necessário o investigador ler os itens e registar as respostas orais do participante. No segundo momento foi aplicada a “Era uma vez... Adultos”, seguindo as instruções de aplicação da prova, a qual demorou em média 27.17 minutos (*Min* = 12.00, *Max* = 53.05).

As folhas de registo correspondentes aos dois momentos de um mesmo participante foram identificadas por um número de código, de forma a realizar o emparelhamento para a introdução e análise dos dados.

Foram cotados os questionários utilizados e analisadas as respostas da “Era uma vez...Adultos” através da grelha de análise da prova (Estrada, 2014).

### 3.2. Análise estatística

Em cada cartão, a análise estatística baseou-se essencialmente na frequência das cenas escolhidas em cada uma das três posições da sequência. Compararam-se estas frequências com as da amostra da população geral recolhida por Estrada (2014). Apenas se apresentam no texto os resultados relativos às escolhas das categorias em que se verificaram diferenças significativas. Em paralelo, embora se tenham considerado os restantes parâmetros da grelha de análise da prova “Era uma vez...Adultos”, esses dados farão parte de uma investigação mais alargada, que não será abordada no presente trabalho.

Todas as análises estatísticas foram realizadas através do *software* SPSS (v.22, IBM SPSS). A estatística descritiva limitou-se ao cálculo de frequências e percentagens. De forma a verificar as diferenças entre a amostra clínica e a amostra da população geral em todos os cartões, efetuou-se o teste do Qui-Quadrado. Quando as condições de aplicabilidade do Qui-Quadrado não se verificaram foi utilizado o teste exato de Fisher. Começou-se por comparar a distribuição global das frequências pelas nove categorias de cenas nas duas amostras. Sempre que se encontraram diferenças significativas procedeu-se então a uma comparação considerando cada categoria individualmente.

Embora as estatísticas se baseiem sobre as frequências brutas, optou-se por incluir nos quadros apenas os valores das percentagens a fim de facilitar a comparação das duas amostras, dado que estas têm efetivos muito diferentes ( $N_{\text{Amostra clínica}} = 25$ ,  $N_{\text{População geral}} = 160$ ).

## Resultados

### 1. Cartão I Trabalho

As frequências, em percentagem, das categorias escolhidas na terceira posição pelas duas amostras encontram-se no Quadro 2. As frequências absolutas relativas a todas as escolhas encontram-se no Anexo D. Os valores da estatística referem-se à comparação das frequências, nesta escolha, de cada uma das categorias consideradas isoladamente (salvo indicação em contrário, foi utilizado o teste exato de Fisher). A distribuição global das escolhas nas duas amostras é significativamente diferente ( $FI = 22.88$ ;  $p = .001$ ).

Quadro 2

*Frequência (em %) das categorias escolhidas na terceira posição no Cartão I pelas duas amostras*

Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>p</i>
Intimidade 1	4.0	13.8	.323
Isolamento 1	8.0	1.9	.136
Generatividade 1	16.0	48.8	.002*
Estagnação 1	8.0	3.8	.295
Intimidade 2	20.0	7.5	.059
Isolamento 2	16.0	3.1	.021
Generatividade 2	12.0	12.5	1.000
Estagnação 2	12.0	5.6	.209
Extra	4.0	3.1	.587

Nota. \*  $\chi^2 = 9.40$

Considerando individualmente as categorias escolhidas na terceira posição, os resultados indicam uma diferença significativa entre as duas amostras nas categorias Generatividade 1 ( $p = .002$ ) e Isolamento 2 ( $p = .021$ ). Além disso, verifica-se que a categoria Intimidade 2 indica uma diferença tendencialmente significativa ( $p = .059$ ).

## 2. Cartão III Sexualidade

As frequências, em percentagem, das categorias escolhidas na primeira e na terceira posição pelas duas amostras encontram-se no Quadro 3. As frequências absolutas relativas a todas as escolhas encontram-se no Anexo G. A distribuição global das escolhas nas duas amostras é significativamente diferente na primeira posição ( $FI = 17.55$ ;  $p = .011$ ) e na terceira posição ( $FI = 17.33$ ;  $p = .010$ ).

### Quadro 3

*Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira e na terceira posição no Cartão III pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	$p$
1 <sup>a</sup>	Intimidade 1	0.0	0.6	1.000
	Isolamento 1	0.0	3.1	1.000
	Generatividade 1	36.0	53.1	.111*
	Estagnação 1	4.0	0.6	.253
	Intimidade 2	8.0	6.9	.690
	Isolamento 2	24.0	2.5	<.001
	Generatividade 2	16.0	20.0	.790
	Estagnação 2	0.0	3.1	1.000
3 <sup>a</sup>	Extra	12.0	10.0	.726
	Intimidade 1	28.0	47.5	.068**
	Isolamento 1	8.0	3.8	.295
	Generatividade 1	20.0	7.5	.059
	Estagnação 1	4.0	4.4	1.000
	Intimidade 2	16.0	24.4	.357***
	Isolamento 2	8.0	2.5	.187
	Generatividade 2	0.0	6.3	.363
	Estagnação 2	0.0	1.3	1.000
	Extra	16.0	2.5	.013

Nota. \*  $\chi^2 = 2.54$ ; \*\*  $\chi^2 = 3.32$ ; \*\*\*  $\chi^2 = 0.85$

Em relação à primeira posição, os resultados mostram uma diferença significativa entre a amostra clínica e da população geral na categoria Isolamento 2 ( $p < .001$ ). Quanto à

terceira posição, é a categoria Extra que expressa uma diferença significativa quando comparadas as duas amostras ( $p = .013$ ). Verifica-se também nesta posição, que a categoria Generatividade 1 assinala uma diferença tendencialmente significativa ( $p = .059$ ).

### 3. Cartão V Filhos

As frequências, em percentagem, das categorias escolhidas na primeira posição pelas duas amostras encontram-se no Quadro 4. As frequências absolutas relativas a todas as escolhas encontram-se no Anexo H. A distribuição global das escolhas nas duas amostras é significativamente diferente na primeira posição ( $FI = 15.02$ ;  $p = .032$ ).

Quadro 4

*Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira posição no Cartão V pelas duas amostras*

Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	$p$
Intimidade 1	4.0	21.3	.052
Isolamento 1	8.0	11.3	1.000
Generatividade 1	4.0	4.4	1.000
Estagnação 1	16.0	4.4	.045
Intimidade 2	8.0	11.9	.744
Isolamento 2	40.0	20.0	.026*
Generatividade 2	12.0	21.3	.282**
Estagnação 2	4.0	0.6	.253
Extra	4.0	5.0	1.000

*Nota.* \*  $\chi^2 = 4.93$ ; \*\*  $\chi^2 = 1.16$

Atendendo à análise individual das categorias na primeira posição, os resultados mostram uma diferença significativa nas categorias Estagnação 1 ( $p = .045$ ) e Isolamento 2 ( $p = .026$ ). Verifica-se que a categoria Intimidade 1 mostra uma diferença tendencialmente significativa ( $p = .052$ ).

### 4. Cartão VI Morte

As frequências, em percentagem, das categorias escolhidas na primeira posição pelas duas amostras encontram-se no Quadro 5. As frequências absolutas relativas a todas as

escolhas encontram-se no Anexo I. A distribuição global das escolhas nas duas amostras é significativamente diferente na primeira posição ( $FI = 14.31$ ;  $p = .023$ ).

#### Quadro 5

*Frequência (em %) das categorias escolhidas na primeira posição no Cartão VI pelas duas amostras*

Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	$p$
Intimidade 1	16.0	8.8	.274
Isolamento 1	16.0	2.5	.013
Generatividade 1	24.0	37.5	.190*
Estagnação 1	0.0	0.0	-
Intimidade 2	12.0	24.4	.170**
Isolamento 2	4.0	8.1	.697
Generatividade 2	0.0	3.8	1.000
Estagnação 2	8.0	2.5	.187
Extra	20.0	12.5	.344

*Nota.* \*  $\chi^2 = 1.72$ ; \*\*  $\chi^2 = 1.89$

Considerando cada uma das categorias isoladamente, o exame do Quadro 5 reflete uma diferença significativa entre as duas amostras apenas na categoria Isolamento 1 ( $p = 0.013$ ).

### 5. Cartão VII Casamento

As frequências, em percentagem, das categorias escolhidas na segunda e na terceira posição pelas duas amostras encontram-se no Quadro 6. As frequências absolutas relativas a todas as escolhas encontram-se no Anexo J. A distribuição global das escolhas nas duas amostras é significativamente diferente na segunda posição ( $FI = 17.32$ ;  $p = .013$ ) e na terceira posição ( $FI = 16.74$ ;  $p = .013$ ).

## Quadro 6

*Frequência (em %) das categorias escolhidas na segunda e na terceira posição no Cartão VII pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>p</i>
2 <sup>a</sup>	Intimidade 1	8.0	35.6	.006*
	Isolamento 1	12.0	7.5	.432
	Generatividade 1	4.0	6.3	1.000
	Estagnação 1	4.0	0.0	.135
	Intimidade 2	16.0	10.0	.484
	Isolamento 2	16.0	10.0	.484
	Generatividade 2	20.0	21.9	.832**
	Estagnação 2	4.0	0.6	.253
	Extra	16.0	8.1	.255
3 <sup>a</sup>	Intimidade 1	36.0	23.1	.166***
	Isolamento 1	0.0	2.5	1.000
	Generatividade 1	16.0	47.5	.003****
	Estagnação 1	4.0	2.5	.520
	Intimidade 2	8.0	6.9	.690
	Isolamento 2	8.0	2.5	.187
	Generatividade 2	0.0	4.4	.596
	Estagnação 2	24.0	6.9	.015
	Extra	4.0	3.8	1.000

*Nota.* \*  $\chi^2 = 7.60$ ; \*\*  $\chi^2 = 0.05$ ; \*\*\*  $\chi^2 = 1.92$ ; \*\*\*\*  $\chi^2 = 8.74$

Quanto à segunda posição, os resultados mostram uma diferença significativa entre as duas amostras na categoria Intimidade 1 ( $p = .006$ ). Relativamente à terceira posição, encontram-se diferenças significativas nas categorias Generatividade 1 ( $p = .003$ ) e Estagnação 2 ( $p = .015$ ). Verifica-se que a categoria Estagnação 1 mostra uma diferença tendencialmente significativa ( $p = .052$ ).



## Discussão dos resultados

Como foi referido anteriormente, a análise efetuada no presente estudo centrou-se na primeira fase da resposta na “Era uma vez... Adultos”: a escolha das cenas e a sua organização numa sequência. O objetivo deste estudo visava investigar a existência de diferenças nas categorias das cenas escolhidas entre a amostra clínica e a amostra da população geral recolhida por Estrada (2014). Dado a História Inventada não envolver nenhum cartão, a mesma não é abordada no presente estudo, mas fará parte de uma investigação mais alargada, como referido previamente.

Conforme esperado, verificou-se existirem diferenças significativas na distribuição global das escolhas entre as duas amostras em todos os cartões, exceto nos cartões II (Fim-de-semana) e IV (Aniversário) (Hipótese 1). Estes dois cartões têm em comum uma temática prazerosa, a qual poderá ter contornos particulares numa situação de internamento. Quanto à temática do fim-de-semana, quando a pessoa está deprimida, sente-se perdida e incapaz de se organizar quando não existe uma estrutura de funcionamento que a compele a viver o dia-a-dia com exigência e horários impostos (Estrada, 2014). Neste sentido, é importante ter em conta que os participantes da amostra clínica encontram-se institucionalizados. É possível que a razão pela qual não tenham surgido diferenças se deva ao facto da instituição procurar promover nos pacientes, durante o internamento, uma dinâmica de funcionamento adaptativa. Apesar da temática prazerosa destes cartões, importa fazer referência à frequência das categorias que comportam emoções negativas (Isolamento 1 e 2, Estagnação 1 e 2) escolhidas na globalidade (independentemente da posição na sequência): no cartão II, todas as categorias referidas, exceto a categoria Estagnação 1, foram mais escolhidas pela amostra clínica, relativamente à amostra da população geral (ver Anexo E); no cartão IV, apenas a categoria Isolamento 2 foi mais escolhida pela amostra da população geral, embora as frequências sejam muito baixas (ver Anexo G).

No que diz respeito ao Cartão I Trabalho, constatou-se existirem diferenças significativas na terceira posição entre as duas amostras. Estas diferenças expressam-se nas categorias Generatividade 1 e Isolamento 2. A categoria Generatividade 1 foi menos escolhida pela amostra clínica relativamente à amostra da população geral, enquanto que a categoria Isolamento 2 foi mais escolhida pela amostra clínica. Parecem existir diferenças na definição do *self* no contexto do trabalho, na medida em que a amostra clínica pode revelar experiências negativas que afetam a avaliação do próprio *self*. Esta diferença pode estar associada às características das perturbações implícitas na amostra clínica (depressão e

psicose). O estar em relação com os outros (maior frequência da categoria Generatividade 1) representa um conflito para estes sujeitos, um problema contínuo, que, por sua vez, favorece o isolamento (maior frequência da categoria Isolamento 2), um vazio relacional (Gabbard, 2006). Na categoria Intimidade 2 verificou-se uma diferença tendencialmente significativa, tendo sido mais escolhida pela amostra clínica. Esta categoria representa a relação de cada um consigo próprio, acompanhado por representações internas. Este resultado é inesperado considerando o vazio relacional característico destas perturbações, como referido previamente.

Considerando as categorias escolhidas na globalidade, verificou-se neste cartão, que as categorias que comportam emoções negativas foram mais escolhidas pela amostra clínica, comparativamente à amostra da população geral.

Relativamente ao Cartão III Sexualidade, verificou-se que existem diferenças significativas na primeira e na terceira posição entre as duas amostras. Parecem então, existir diferenças no modo como os sujeitos se percebem na relação física/erótica com um parceiro, em termos da intimidade partilhada, da capacidade de entrega, de dar/receber prazer e afeto. Tendo em conta a primeira posição, a categoria Isolamento 2 reflete uma diferença significativa entre as duas amostras, tendo sido mais escolhida pela amostra clínica em comparação à amostra da população geral. Conflitos inerentes à sexualidade estão presentes em sujeitos deprimidos e em sujeitos psicóticos, seja pelo medo de ser abandonado pelo outro ou pelo medo de fusão com o outro, levando ao isolamento (Gabbard, 2006). Pode-se entender o primeiro como estando mais associado aos sujeitos deprimidos, como o caso da depressão anaclítica, na medida em que existem dúvidas sobre o afeto do outro e o pavor de ser magoado/rejeitado pelo outro. O sentimento de vazio e de perda onipresente no sujeito deprimido reflete uma relação com o *self* caracterizada pela solidão (Pedinielli & Bernoussi, 2006). Por outro lado, pode-se entender o medo de fusão com o outro como característico do funcionamento psicótico, na medida em que as preocupações com a integridade do ego são contínuas. Assim, existe uma relação com um *self* dissociado, em que as relações interpessoais e intrapessoais tendem a ser evitadas, promovendo o isolamento (Gabbard, 2006).

Atendendo à terceira posição do Cartão III, verificou-se existirem diferenças significativas entre as duas amostras na categoria Extra, tendo sido mais escolhida pela amostra clínica. Esta categoria, representada neste cartão pela personagem sentada a uma mesa com uma figura do sexo oposto e a pensar numa outra figura do sexo oposto, pretende representar uma fantasia relacionada com um outro ou uma outra no contexto de uma relação.

No caso da depressão ocorre a perda de um objeto amado real ou imaginado, mas também de um estado de bem-estar conferido pelo objeto, que passa a ser idealizado e intensamente desejado, mesmo que seja inalcançável (Gabbard, 2006). Além disso, a categoria Generatividade 1 indicou uma diferença tendencialmente significativa, tendo sido mais escolhida pela amostra clínica. Esta categoria representa a relação de cuidado, em que se dá qualquer coisa ao outro. Deste modo, esta diferença pode ser justificável pelo facto de os indivíduos deprimidos apresentarem um padrão de viver para outra pessoa, de cuidar intensamente do outro (Arieti, 1977).

Quanto à frequência das categorias de emoção negativa escolhidas na globalidade, constatou-se que no cartão III apenas a categoria Estagnação 2 foi mais escolhida pela amostra da população geral, apesar de as frequências serem muito baixas. Este é um resultado inesperado, face ao qual não é fácil encontrar uma explicação.

Em relação ao Cartão V Filhos, constatou-se existirem diferenças significativas na primeira posição entre as duas amostras. Estas diferenças expressam-se nas categorias Estagnação 1 e Isolamento 2, as quais foram mais escolhidas pela amostra clínica, relativamente à amostra da população geral. Na categoria Intimidade 1 encontrou-se uma diferença tendencialmente significativa, tendo sido menos escolhida pela amostra clínica. Parece existir uma diferença no modo como os sujeitos se situam em termos relacionais face ao papel de guia e de cuidar dos seus descendentes. Estas diferenças podem ser explicadas considerando a depressão, na medida em que esta perturbação influencia negativamente a relação parental. As mães deprimidas estão emocionalmente e cognitivamente menos disponíveis (Frizzo & Piccinini, 2005), revelando uma representação negativa de si próprias e das suas famílias (Frankel & Harmon, 1996). Estas mães revelam também insatisfação pelo desempenho do seu papel maternal e sentimentos de frustração, pois não se consideram capazes de lidar com as múltiplas exigências e circunstâncias subjacentes à dinâmica familiar (Schwengber & Piccinini, 2005). É evidente que os problemas serão ainda mais graves no caso das mães psicóticas (Winnicott, 1961/2005).

Verificou-se igualmente neste cartão, que as categorias que comportam emoções negativas foram mais escolhidas pela amostra clínica, considerando as categorias escolhidas na globalidade.

Considerando o Cartão VI Morte, apurou-se existirem diferenças significativas entre a amostra clínica e a amostra da população geral na primeira posição, especificamente na categoria Isolamento 1, a qual foi mais escolhida pela amostra clínica. Existe uma diferença entre as duas amostras nos sentimentos que predominam nesta temática, assim como nas

estratégias de *coping* a utilizar. Neste sentido, é preciso supor a existência de uma sensibilidade individual à perda e de uma capacidade maior ou menor para a superar. Nos sujeitos deprimidos a perda ultrapassou as possibilidades de reajustamento do Ego ou a sua capacidade de fazer o luto, envolvendo o sujeito numa espiral depressiva (Fenichel, 2005), a qual se expressa, por exemplo, num desinteresse pelo mundo externo.

Quanto à frequência das categorias de emoção negativa escolhidas na globalidade, verificou-se que no cartão VI apenas a categoria Estagnação 1 foi mais escolhida pela amostra da população geral, embora as frequências sejam muito baixas. Este é um resultado inesperado, face ao qual não é fácil encontrar uma explicação.

No Cartão VII Casamento, observou-se que existem diferenças significativas na segunda e na terceira posição entre as duas amostras. No que diz respeito à segunda posição, a categoria Intimidade 1 reflete uma diferença significativa entre as duas amostras, tendo sido menos escolhida pela amostra clínica em comparação à amostra da população geral. Em relação à terceira posição, são as categorias Generatividade 1 e Estagnação 2 que mostram uma diferença significativa entre as duas amostras. A Generatividade 1 foi menos escolhida pela amostra clínica, enquanto a categoria Estagnação 2 foi mais escolhida nesta amostra, comparativamente à amostra da população geral. Verifica-se também nesta última posição, que a categoria Estagnação 1 mostra uma diferença tendencialmente significativa, tendo sido mais escolhida pela amostra clínica, ainda que as frequências sejam muito baixas. Podem então, existir diferenças no modo como os sujeitos se situam em termos relacionais face ao casamento como uma forma de união entre duas pessoas, assim como na sua reação pessoal face ao mesmo, tendo em conta expectativas, ansiedades, medos e ambivalências. De facto, existe evidência empírica de que problemas do foro mental têm um impacto negativo na relação conjugal (Whisman & Baucom, 2012). No campo específico da depressão, a investigação empírica tem-se focado na relação entre esta condição clínica e o *distress* conjugal, sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva num dos elementos pode ter um impacto negativo importante no funcionamento da relação (Kouros & Cummings, 2011). Assim, as diferenças encontradas neste cartão podem ser entendidas a partir da dinâmica do funcionamento depressivo, o qual tende a expressar-se num retraimento afetivo e social, assim como em representações do *self* desvitalizadas e desinvestidas (Lerner, 1983).

As categorias que comportam emoções negativas foram mais escolhidas pela amostra clínica, considerando as categorias escolhidas na globalidade neste cartão.

No que toca à Hipótese 2 (as categorias que comportam emoções negativas são mais escolhidas pelo grupo de sujeitos da amostra clínica, relativamente à amostra da população geral), esta foi confirmada nos cartões I, V e VII.

Um aspeto a considerar na discussão que foi feita, respeita à gravidade dos quadros psiquiátricos da amostra clínica. De facto, apesar das configurações sobre a especificidade das estruturas psicopatológicas, nomeadamente a depressão, trata-se de uma população psiquiátrica em que os sujeitos, sobretudo os deprimidos, encontram-se numa situação clínica aguda que ocasionou o internamento. Assim, pode considerar-se que não representam exatamente o mais comum dos deprimidos.

Outro princípio de pensamento a ter em conta face às diferenças encontradas nos cartões analisados, prende-se com a complexidade da natureza humana e a dinâmica da singularidade de cada indivíduo, em vez de considerar-se os sujeitos como parte de um grande grupo, com base na sua perturbação. Qualquer classificação é redutora e comporta uma parte de arbitrariedade, além de que a mesma perturbação pode expressar-se de maneira diferente nos sujeitos (Ménéchal, 2002). Acima de tudo, as classificações categorizam síndromes e não pessoas. Neste sentido, a esta noção está associado outro aspeto subjacente à diversidade de respostas encontradas. Esta diversidade advém também da capacidade criativa e liberdade dos adultos, assim como das características dos desenhos da “Era uma vez Adultos...”, que são graficamente menos preenchidos, favorecendo as possibilidades criativas de cada pessoa (Estrada, 2014).

## Conclusão

O presente estudo teve como objetivo contribuir para a validação da prova “Era uma vez...Adultos” (Estrada, 2014). Podemos concluir que este objetivo foi atingido, na medida em que a comparação entre as respostas da amostra clínica estudada e a amostra da população geral recolhida por Estrada (2014) evidenciou diferenças significativas em vários cartões. É de salientar que estas diferenças foram encontradas apesar de se ter restringido a análise aos aspetos mais objetivos das respostas (categoria das cenas escolhidas para cada uma das três posições da sequência). Os resultados mostram que estas diferenças são transversais a todos os cartões da prova, à exceção dos cartões II Fim-de-semana e IV Aniversário. O cartão VII Casamento é o cartão em que se encontram mais diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, seguindo-se os cartões III Sexualidade e V Filhos.

Os resultados referentes à escolha, na globalidade, das categorias que comportam emoções negativas indicam que este tipo de categorias foi mais escolhido pela amostra clínica, comparativamente à amostra da população geral. Estes resultados permitem ainda caracterizar as respostas à “Era uma vez...Adultos” de um grupo de sujeitos com perturbação psicopatológica.

No entanto, a análise realizada neste estudo diz respeito aos aspetos objetivos na cotação do instrumento, sendo necessário complementar estes resultados com outros aspetos mais qualitativos. É essencial avaliar o que cada participante faz com as cenas escolhidas, cuja análise irá fazer parte de uma investigação alargada.

Os participantes deste estudo, tal como os participantes da amostra da população geral (Estrada, 2014), mostraram-se recetivos e interessados nas tarefas solicitadas pela situação projetiva, apesar das suas condições clínicas. A duração média da aplicação da prova no presente estudo (27.17 minutos) e no estudo realizado por Estrada (2014) (24.36 minutos) foi semelhante. No entanto, é preciso reconhecer que não foi possível aplicar a prova a alguns sujeitos, devido ao facto de os mesmos se encontrarem em condições clínicas que dificultaram a sua capacidade para responder à prova. Assim, a aplicação da prova “Era uma vez...Adultos” deve ter em conta o estado clínico do indivíduo.

Devem ser também apontadas algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, importa referir a reduzida dimensão da amostra (N=25). Esta dimensão esteve associada ao facto dos sujeitos receberem alta antes da aplicação do segundo momento, à dificuldade para conseguir participantes que respektassem os critérios de inclusão e às suas condições clínicas. A amostra é, maioritariamente, do sexo feminino, fazendo parte apenas

um sujeito do sexo masculino. A recolha de dados foi realizada numa clínica psiquiátrica onde a população de utentes é, essencialmente, feminina, pelo que não foi possível aplicar os instrumentos a mais elementos do sexo masculino. Outra limitação relacionada com a amostra clínica prende-se com o facto desta ser heterogénea, o que dificulta a generalização dos resultados. Por outro lado, apesar de heterogénea, a condição clínica dos sujeitos apresenta um nível de gravidade suficiente para provocar o internamento.

Não foram tidos em conta neste estudo os resultados da CES-D e do SCL-90-R, nem a existência, ou não de traços psicóticos, que serão objeto de uma investigação posterior.

Várias sugestões podem ser feitas de forma a não só, ultrapassar as limitações presentes neste estudo, como a dar continuidade à investigação neste campo. Uma dessas sugestões seria uma amostra mais equilibrada em relação ao género que permitirá a comparação das respostas à “Era uma vez...Adultos” entre os dois sexos.

As técnicas projetivas têm sido alvo de muitas críticas, sendo a tendência a de manter aquelas que respeitam o rigor psicométrico. Espera-se, então, que os estudos futuros, inclusive a investigação alargada que se sucede, continuem na direção dos procedimentos metodológicos de acrescentar evidências de validade da “Era uma vez...Adultos”, de forma a que esta técnica possa responder às exigências sociais e às possibilidades de avaliação e previsão do comportamento humano.

### Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M .D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.
- Alperin, R. M. (2001). Barriers to intimacy: An object relations perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 137-156.
- Anzieu, D. (1988). *Os métodos projetivos* (M. L. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Campus. (Trabalho original publicado em 1961)
- Arieti, S. (1977). Psychotherapy of severe depression. *American Journal Psychiatry*, 134, 864-868.
- Aron, L. (2001). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis* (Vol. 4). Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (Trabalho original publicado em 1996)
- Baker, K. D., Nenneker, R. A., & Barris, B. P. (1997). Cognitive organization in sociotropic and autonomous inpatient depressives. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11(4), 279-297.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Eds.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.



- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J. & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blazer, D. G. (1993). *Depression in late life* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Bornstein, R. F. (2002). A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationship. *Journal of Personality Assessment*, 78(1), 47-68.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Basic Books. (Trabalho original publicado em 1969)
- Campos, R. C. (2000). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 18(3), 311-318.
- Chabert, C. (2004). *A psicanálise e os métodos projectivos* (A. J. Lelé, & E. M. Silva, Trad.). São Paulo: Vetor Editora. (Trabalho original publicado em 1998)
- Cramer, P. (1996). *Story telling, narrative, and the Thematic Apperception Test*. New York: The Guilford Press.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed.

- Dalgalarrrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Duck, S. (1988). *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions*. Chichester: Wiley.
- Endler, N. S., & Van Heck, G. L. (1995). Personality and Depression. *European Journal of Personality*, 9, 305-308.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton. (Trabalho original publicado em 1968)
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed* (Extended version with new chapters on the ninth stage of development by Joan Erikson). New York, NY: W. W. Norton. (Originalmente publicado em 1982)
- Estrada, R. (2014). “Era uma vez...Adultos”: Uma prova projetiva (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fagulha, T. (1992). *A prova “Era uma vez...”*: Uma prova projectiva para crianças (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fagulha, T. (1994). A prova «Era uma vez»: Uma nova prova projectiva para crianças. *Análise Psicológica*, 13, 511-528.
- Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult attachment*. London: Sage.
- Fenichel, O. (2005). *Teoria psicanalítica das neuroses: Fundamentos e bases da doutrina psicanalítica* (S. P. Reis, Trad.). São Paulo: Atheneu.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

- Fleming, M. (2005). Um modelo em dupla hélice do desenvolvimento psicológico: Vinculação/separação ao longo do ciclo de vida. In M. Fleming, *Entre o medo e o desejo de crescer: Psicologia da Adolescência* (pp. 17-36). Porto: Afrontamento.
- Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 8, 389-413.
- Frankel, K. A., & Harmon, R. J. (1996). Depressed mothers: They don't always look as bad as they feel. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 289-298.
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad.) (Vol. 3, pp. 187-211). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship and its components: An introduction. In G. J. Gelso & J. A. Hayes (Eds.), *The psychotherapy relationship: Theory, research and practice* (pp. 3-21). New York: Wiley.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projectivas* (L. S. Tardivo, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica* (D. Dantas, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 1983)

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Klohnen, E. C. & John, O. P. (1998). Working models of attachment: A theory-based prototype approach. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 115-140). New York: Guilford.
- Kohut, H. (1988). *A análise do self*. Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Kouros, C. D. & Cummings, E. M. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 128-138. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x
- Lerner, H. (1983). An object representation approach to psychostructural change: A clinical illustration. *Journal of Personality Assessment*, 47, 314-323.
- Macedo, L. S., & Silveira, A. C. (2012). Self: Um conceito em desenvolvimento. *Paidéia*, 22, 281-289. doi:10.1590/S0103-863X2012000200014
- Machado, B. C., Gonçalves, O. F., Machado, P. P. P., Henriques, M. R., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2005). Anorexia nervosa e construção de significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, 2(4), 1-12.
- Masling, J. (1997). On the nature and utility of the projective tests and objective tests. *Journal of Personality Assessment*, 69(2), 257-270.
- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 7-19.

- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1990). A relational view. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 65-81.
- Mitchell, S. A. (2002). *Can love last?: The take of romance over time*. New York: W.W. Norton.
- Nyklíček, I., Vingerhoets, A., & Zeelenberg, M. (2011). *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer.
- Pedinielli, J., & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.
- Pedinielli, J., & Gimenez, G. (2006). *As psicoses do adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *American Psychological Society*, 8, 162-166.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Sherin, E. N., Sarason, I. G., Waltz, J. A., & Poppe, L. (1991). Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 273-287.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200004
- Soares, M. L. P. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses* (Dissertação de doutoramento não publicada). Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport de Blanquerna, Universidade Ramon Llull, Barcelona.
- Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York, W.W. Norton.

- Symington, J., & Symington, N. (1999). A fenomenologia da psicose. In *O pensamento clínico de Wilfred Bion* (pp. 167-189). Lisboa: Climepsi.
- Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Teixeira, J. A. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise Psicológica*, 3, 289-309.
- Vasco, A. B., Santos, O., & Fernando, S. (2003). *Psicoterapia sim!: Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal)*. Comunicação conduzida na Conferência “Encontros com a Psicologia”, Lisboa, Portugal.
- Vohs, K. D., & Finkel, E. J. (2006). *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes*. New York: Guilford Press.
- Weiner, I. B. (2002). Psychodiagnostic testing in forensic psychology: A commentary. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2(3), 113-119.
- Weiner, I., Graham J., & Naglieri, J. (Eds.). (2003). *Handbook of psychology* (Vol. 10). New York, NY: John Wiley.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Whisman, M. A. & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child Family and Psychology Review*, 15(1), 4-13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Wilson, T. D., & Dunn, E. W. (2004). Self-knowledge: Its limits, value, and potential for improvement. *Annual Review of Psychology*, 55, 493-518. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141954
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (1994). Sobre as bases para o self no corpo. In D. W. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Explorações Psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1970)

- Winnicott, D. W. (2005). Consequências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 101-114). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961)
- Winnicott, D. W. (2007). The capacity to be alone. In D. W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 29-36). London: Karnac Books. (Trabalho original publicado em 1958)

## **Anexos**



## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº.....

**Data de aplicação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:** F ☐ M ☐

**3. Escolaridade:**

Ausência de escolaridade ☐

Menos de 4 anos ☐

4 Anos ☐

6 Anos ☐

12 Anos ☐

Bacharelato/Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_.

**4. Situação Laboral**

Empregado ☐

Desempregado ☐

Reformado ☐

Dona de casa ☐

### 5. Estado Civil:

Solteiro (a)

☐

Casado (a) / União de facto

☐

Viúvo (a)

☐

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Divorciado ou separado (a)

☐

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

### 6. Agregado familiar atual:

Vive só

☐

Vive com o cônjuge

☐

Vive com o cônjuge e terceiros

☐

Vive com terceiros

☐

Vive numa instituição

☐

Outro

☐

Qual? \_\_\_\_\_.

### 7. Parentalidade:

Tem filhos?

Sim

☐

Não

☐

Se **Sim**, quantos? \_\_\_\_\_.

**8. Internamento:**

Curto ☐ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

É a 1ª vez? \_\_\_\_\_.

Costuma ter visitas? \_\_\_\_\_.

Longo ☐ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Costuma ter visitas? \_\_\_\_\_.

**9. Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_

## Anexo B

### *Carta de pedido de autorização para investigação*



Lisboa, 20 de Novembro de 2014

### **Assunto: Pedido de autorização para investigação**

Exmo. Sr. Director

O meu nome é Miguel Fernando Lagareiro, estudante do 5º ano do curso Mestrado Integrado em Psicologia, núcleo de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Estou a realizar o estágio curricular na Instituição que V. Exa. dirige, sob orientação da Dra. Rita Fonseca e Costa. Venho por este meio, solicitar autorização para a recolha de dados, no âmbito da minha dissertação de Mestrado.

Esta dissertação consiste na continuação do estudo empírico sobre a prova “Era uma vez... Adultos” em contexto clínico, tendo a orientação do Professor Doutor Bruno Gonçalves. Trata-se duma prova projectiva de completamento de histórias com o objectivo avaliar representações relacionais, especificamente as relações com o *self* e com os outros. Assim, pretende-se testar uma amostra de cerca de 30 utentes de vários quadros psicopatológicos.

Os instrumentos utilizados serão: um questionário sociodemográfico, o Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e a “Era uma vez...Adultos” (em anexo). O tempo de aplicação dos instrumentos prevê-se que seja, aproximadamente, de 50 minutos, sendo a aplicação dividida em dois momentos (em dias diferentes): no 1º momento (25 minutos) aplicam-se o questionário sociodemográfico, o SCL-90-R e a CES-D; e no 2º momento (25 minutos) aplica-se a prova “Era uma vez...Adultos”.

Neste sentido, gostaria de solicitar autorização junto da direcção da Instituição que V. Exa. dirige para a possibilidade de aplicar os instrumentos referidos aos utentes da Clínica Psiquiátrica de São José, assim como autorização para que as aplicações possam decorrer na própria instituição.

Informo ainda que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos serão asseguradas e que cada participante será previamente esclarecido sobre os objectivos da sua participação, sendo obtido o consentimento informado junto do mesmo (em anexo).

Grato pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

O Aluno

O Orientador

(Miguel Lagareiro)

(Prof. Dr. Bruno Gonçalves)

**Contato para envio de resposta e/ou eventual esclarecimento:**

**E-mail: ...**

**Nº telemóvel: ...**



## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Chamo-me Miguel Lagareiro e sou estudante de psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Estou a realizar uma dissertação, cujo supervisor é o Professor Doutor Bruno Gonçalves, e tem como objectivo compreender melhor a personalidade de indivíduos que apresentam problemas psicológicos.

Solicito a sua participação para responder a 3 questionários e a uma prova de contar histórias, tendo a possibilidade de desistir a qualquer altura. O primeiro questionário pretende recolher dados sociodemográficos necessários ao tratamento estatístico. Os outros dois e a prova de contar histórias relacionam-se com diferentes aspectos da sua maneira de ser e com a maneira como se sente em diferentes situações. A sua participação será dividida em dois momentos (em dias diferentes), tendo a duração de cada um deles, aproximadamente, 25 minutos.

Não existem respostas corretas ou incorretas, o mais importante é que elas reflitam a sua experiência pessoal.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados de forma anónima garantindo a confidencialidade das informações fornecidas.

Ao responder a estes questionários e à prova de contar histórias, declara que tomou conhecimento das indicações fornecidas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

# Anexo D

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão I pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>FI</i>	<i>p</i>
1ª	Intimidade 1	2	28	6.84	.498
	Isolamento 1	4	16		
	Generatividade 1	0	4		
	Estagnação 1	2	8		
	Intimidade 2	5	16		
	Isolamento 2	1	15		
	Generatividade 2	7	52		
	Estagnação 2	3	19		
	Extra	1	2		
2ª	Intimidade 1	5	61	11.35	.120
	Isolamento 1	2	7		
	Generatividade 1	3	12		
	Estagnação 1	4	12		
	Intimidade 2	1	15		
	Isolamento 2	4	11		
	Generatividade 2	1	22		
	Estagnação 2	4	14		
	Extra	1	6		
3ª	Intimidade 1	1	22	22.88	.001
	Isolamento 1	2	3		
	Generatividade 1	4	78		
	Estagnação 1	2	6		
	Intimidade 2	5	12		
	Isolamento 2	4	5		
	Generatividade 2	3	20		
	Estagnação 2	3	9		
	Extra	1	5		

Anexo E

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão II pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>FI</i>	<i>p</i>
1 <sup>a</sup>	Intimidade 1	6	28	10.86	.113
	Isolamento 1	0	0		
	Generatividade 1	1	16		
	Estagnação 1	0	13		
	Intimidade 2	6	40		
	Isolamento 2	9	22		
	Generatividade 2	0	1		
	Estagnação 2	1	6		
	Extra	2	34		
2 <sup>a</sup>	Intimidade 1	8	55	13.09	.070
	Isolamento 1	1	7		
	Generatividade 1	1	27		
	Estagnação 1	2	10		
	Intimidade 2	2	28		
	Isolamento 2	1	0		
	Generatividade 2	2	12		
	Estagnação 2	4	10		
	Extra	4	11		
3 <sup>a</sup>	Intimidade 1	5	49	12.49	.080
	Isolamento 1	4	6		
	Generatividade 1	1	7		
	Estagnação 1	0	3		
	Intimidade 2	2	9		
	Isolamento 2	0	1		
	Generatividade 2	6	65		
	Estagnação 2	5	15		
	Extra	2	5		



Anexo F

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão III pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>FI</i>	<i>p</i>
1 <sup>a</sup>	Intimidade 1	0	1	17.55	.011
	Isolamento 1	0	5		
	Generatividade 1	9	85		
	Estagnação 1	1	1		
	Intimidade 2	2	11		
	Isolamento 2	6	4		
	Generatividade 2	4	32		
	Estagnação 2	0	5		
	Extra	3	16		
2 <sup>a</sup>	Intimidade 1	0	16	9.99	.202
	Isolamento 1	2	13		
	Generatividade 1	5	42		
	Estagnação 1	3	10		
	Intimidade 2	5	24		
	Isolamento 2	3	5		
	Generatividade 2	2	27		
	Estagnação 2	1	8		
	Extra	4	15		
3 <sup>a</sup>	Intimidade 1	7	76	17.33	.010
	Isolamento 1	2	6		
	Generatividade 1	5	12		
	Estagnação 1	1	7		
	Intimidade 2	4	39		
	Isolamento 2	2	4		
	Generatividade 2	0	10		
	Estagnação 2	0	2		
	Extra	4	4		

# Anexo G

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão IV pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	<i>FI</i>	<i>p</i>
1 <sup>a</sup>	Intimidade 1	1	6	12.18	.082
	Isolamento 1	1	3		
	Generatividade 1	0	4		
	Estagnação 1	1	3		
	Intimidade 2	7	52		
	Isolamento 2	0	3		
	Generatividade 2	8	53		
	Estagnação 2	5	5		
	Extra	2	31		
2 <sup>a</sup>	Intimidade 1	5	38	7.06	.365
	Isolamento 1	2	7		
	Generatividade 1	3	39		
	Estagnação 1	4	9		
	Intimidade 2	4	14		
	Isolamento 2	0	4		
	Generatividade 2	5	36		
	Estagnação 2	0	0		
	Extra	2	13		
3 <sup>a</sup>	Intimidade 1	13	83	8.91	.274
	Isolamento 1	2	1		
	Generatividade 1	6	52		
	Estagnação 1	2	12		
	Intimidade 2	1	4		
	Isolamento 2	0	1		
	Generatividade 2	0	2		
	Estagnação 2	1	2		
	Extra	0	3		

# Anexo H

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão V pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	FI	p
1ª	Intimidade 1	1	34	15.02	.032
	Isolamento 1	2	18		
	Generatividade 1	1	7		
	Estagnação 1	4	7		
	Intimidade 2	2	19		
	Isolamento 2	10	32		
	Generatividade 2	3	34		
	Estagnação 2	1	1		
	Extra	1	8		
2ª	Intimidade 1	5	61	9.56	.161
	Isolamento 1	3	9		
	Generatividade 1	4	24		
	Estagnação 1	4	10		
	Intimidade 2	3	18		
	Isolamento 2	1	5		
	Generatividade 2	1	20		
	Estagnação 2	0	0		
	Extra	4	13		
3ª	Intimidade 1	7	42	9.51	.165
	Isolamento 1	0	1		
	Generatividade 1	9	72		
	Estagnação 1	1	3		
	Intimidade 2	3	20		
	Isolamento 2	2	1		
	Generatividade 2	1	16		
	Estagnação 2	0	0		
	Extra	2	5		

# Anexo I

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão VI pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	FI	p
1ª	Intimidade 1	4	14	14.31	.023
	Isolamento 1	4	4		
	Generatividade 1	6	60		
	Estagnação 1	0	0		
	Intimidade 2	3	39		
	Isolamento 2	1	13		
	Generatividade 2	0	6		
	Estagnação 2	2	4		
	Extra	5	20		
2ª	Intimidade 1	11	67	13.54	.065
	Isolamento 1	2	13		
	Generatividade 1	1	27		
	Estagnação 1	0	1		
	Intimidade 2	1	22		
	Isolamento 2	3	2		
	Generatividade 2	2	8		
	Estagnação 2	0	1		
	Extra	5	19		
3ª	Intimidade 1	6	43	11.68	.124
	Isolamento 1	3	5		
	Generatividade 1	4	11		
	Estagnação 1	0	1		
	Intimidade 2	4	16		
	Isolamento 2	2	10		
	Generatividade 2	5	68		
	Estagnação 2	0	1		
	Extra	1	5		

Anexo J

*Frequência das categorias escolhidas nas três posições no Cartão VII pelas duas amostras*

Posição	Categoria	Amostra clínica	Pop. geral	FI	p
1 <sup>a</sup>	Intimidade 1	0	22	10.28	.111
	Isolamento 1	1	7		
	Generatividade 1	1	7		
	Estagnação 1	1	12		
	Intimidade 2	11	52		
	Isolamento 2	2	5		
	Generatividade 2	5	46		
	Estagnação 2	0	0		
	Extra	4	9		
2 <sup>a</sup>	Intimidade 1	2	57	17.32	.013
	Isolamento 1	3	12		
	Generatividade 1	1	10		
	Estagnação 1	1	0		
	Intimidade 2	4	16		
	Isolamento 2	4	16		
	Generatividade 2	5	35		
	Estagnação 2	1	1		
	Extra	4	13		
3 <sup>a</sup>	Intimidade 1	9	37	16.74	.013
	Isolamento 1	0	4		
	Generatividade 1	4	76		
	Estagnação 1	1	4		
	Intimidade 2	2	11		
	Isolamento 2	2	4		
	Generatividade 2	0	7		
	Estagnação 2	6	11		
	Extra	1	6		